

第5章 地域医療構想

第1節 地域医療構想の概要

1 地域医療構想の趣旨

少子高齢化の進展による医療需要の変化

本県の人口は既に減少の局面に入っており、2015（平成27）年から2025（令和7）年までの10年間で、総人口は約11.5万人減少することが見込まれています。

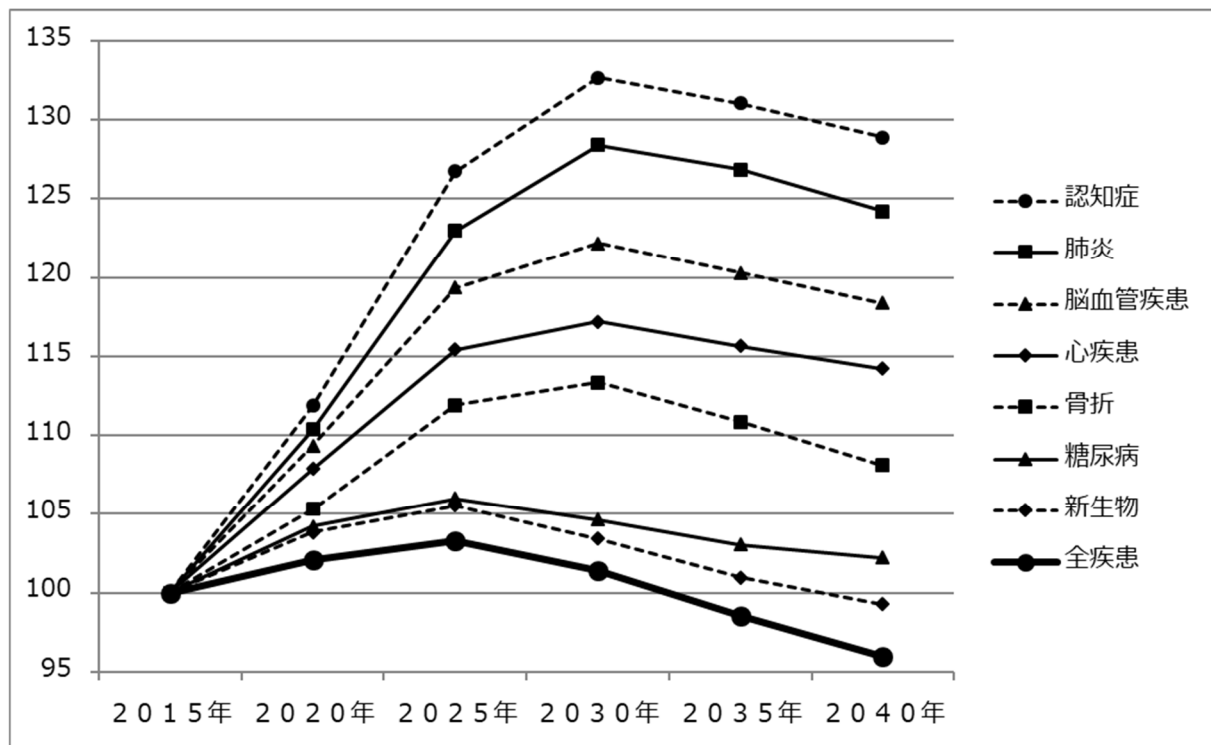
一方で、2025年までに団塊の世代がすべて75歳以上になります。2025年までに75歳以上の人口は約25.9万人から約34.4万人となり、約8.5万人増加すると推計されています。

今後は人口が減少だけでなく、人口構成も大きく変化する転換期であり、疾病構造の変化も見込まれています。本県のすべての疾患における医療需要は、高齢化の影響により増加し、その後、人口減少の影響が大きくなることで医療需要も減少に転じます。

これを疾病ごとに見ると、認知症、脳梗塞、肺炎、骨折等の高齢者に多く見られる疾患の医療需要の増加率が高く、2035（令和17）年頃まで増加傾向が続き、その後減少することが見込まれます。

また、慢性的な疾患や複数の疾患を抱える患者が増加することも見込まれることから、将来の医療需要に対応した地域の医療提供体制のあり方を継続的に検討することが必要です。

2015（平成27）年を100とした時の主な疾患の医療需要の増加率の推計



〔資料〕群馬県医務課推計

※県患者調査（2015年）による性・年齢階級別の各疾患の受療率と国立社会保障・人口問題研究所による将来推計人口を用いて医務課で簡易推計したもの。地域医療構想で必要病床数を算出するために推計される医療需要とは算出方法が異なる。

地域医療構想の趣旨・目的

地域医療構想とは、このような転換期の中で、団塊の世代が75歳以上になる2025年を見据え、高齢化の進展を含む地域の将来的な医療ニーズの見通しを踏まえた上で、それぞれの地域にふさわしいバランスのとれた医療機能ごとの病床の必要量、及び地域ごとの目指すべき医療提供体制を実現するための施策等を定めるものです。

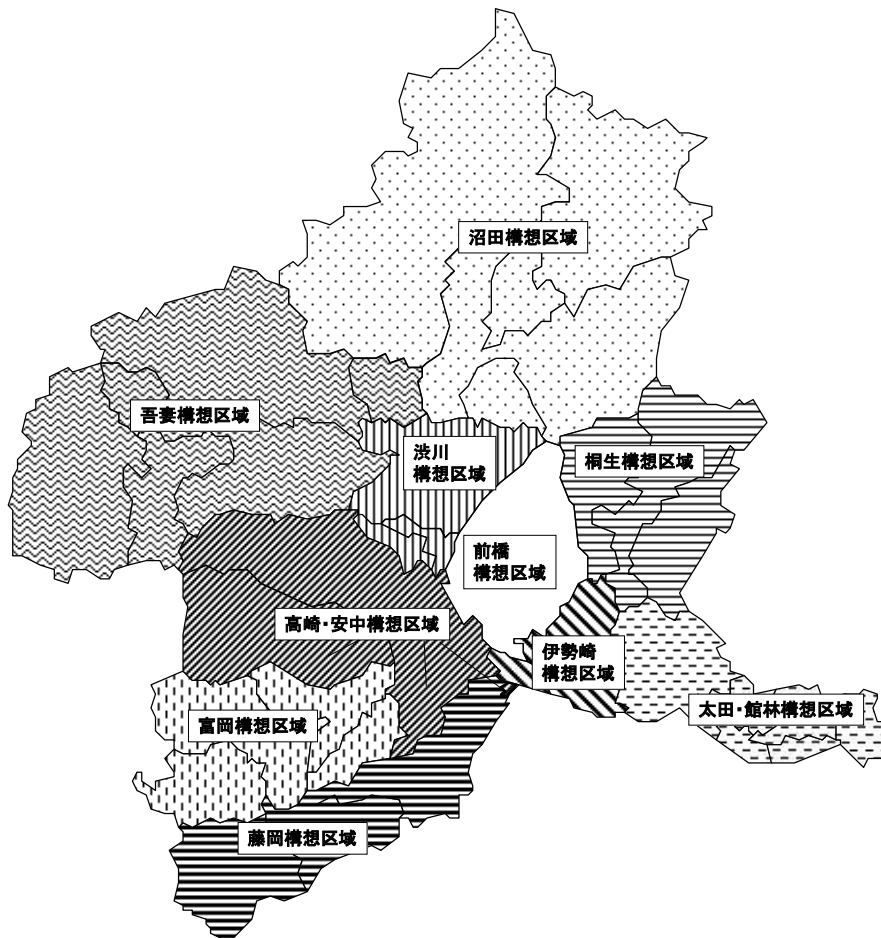
病床の機能分化・連携を推進するとともに、地域包括ケアシステムの構築を念頭に、2025年に向けて急性期の医療から在宅医療・介護までの一連のサービスが切れ目なく適切に提供されるよう、医療と介護の総合的な確保を図り、できる限り住み慣れた地域で安心して暮らせる環境づくりを目指します。

地域医療構想の概要

地域医療構想では、次のような項目について定めます。

- 構想区域の設定
- 構想区域における将来の病床の必要量の推計（病床の医療機能ごとの必要病床数）
- 構想区域における将来の在宅医療等の推計
- 地域医療構想調整会議の設置・運営 など

なお、構想区域とは、地域における病床の機能分化及び連携を推進する区域のことで、本県では、人口規模、患者受療動向、地理的状況や生活圏等を総合的に判断し、二次保健医療圏の10圏域を構想区域として設定しています。



2 2025年の医療需要と病床等の必要量

医療需要の推計

(1) 医療需要の推計方法

2025（令和7）年における病床の機能区分ごとの医療需要（推計入院患者数）は、各種基礎データや国のガイドラインに基づき、構想区域ごとに推計しています。

このうち、高度急性期、急性期及び回復期の医療需要については、2013（平成25）年度のNDB（レセプト情報・特定健診等情報データベースの呼称）のレセプトデータ、及びDPCデータ（DPC参加病院が提出している調査データ）などに基づき、患者住所地別に配分した上で、当該構想区域ごとに、性・年齢階級別の年間入院患者延べ数（人）を

365（日）で除して1日当たり入院患者延べ数を求め、この性・年齢階級別入院受療率を病床の医療機能ごとに算定し、当該構想区域の2025年における性・年齢階級別人口に乗じたものを総和することによって将来の医療需要を推計しています。

構想区域の2025年の医療需要 = [当該構想区域の2013年度の性・年齢階級別の入院受療率 × 当該構想区域の2025年の性・年齢階級別推計人口] を総和したもの

また、慢性期の医療需要については、入院受療率の地域差が生じていることから、この差を一定の幅の中で縮小させる考え方で推計することとされています。

(2) 高度急性期、急性期及び回復期の医療需要の推計の考え方

各医療需要の区分については、患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した値（以下「医療資源投入量」という。）で分析しています。

具体的には、救命救急病棟やICU、HCU等の入院患者像を参考にして、高度急性期と急性期とを区別する境界点を3,000点として推計しています。

また、入院から医療資源投入量が落ち着く段階までを高度急性期及び急性期とし、急性期と回復期とを区分する境界点を600点として推計しています。

さらに、回復期については、在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションに相当する医療資源投入量として見込まれる225点を境界点とした上で、在宅復帰に向けた調整を要する幅を更に見込み175点で区分して推計するとともに、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者数を加えた数を、回復期で対応する患者数としています。

(3) 地域の実情に応じた慢性期と在宅医療等の医療需要の推計の考え方

ア 慢性期と在宅医療等の医療需要の推計

慢性期の医療需要については、療養病床に入院している状態の患者数のうち一定数は、在宅医療等で対応するとともに、療養病床の入院受療率に地域差があることを踏まえ、この地域差を一定の目標まで縮小して推計することとされています。

なお、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等での対応が着実に進められるよう、一定の要件に該当する地域については、この目標に関して配慮できることになっています。

イ 入院受療率の設定

入院受療率の地域差を解消するため、本県の2025年における慢性期の医療需要の推計については、構想区域ごとに入院受療率と全国最小値（県単位）との差を一定割合解消させるため、その割合については全国最大値（県単位）が全国中央値（県単位）にまで低下する割合を一律に用いています。

また、入院受療率の目標を定めた場合における当該構想区域の慢性期病床の減少率が全国中央値よりも大きく、当該構想区域の高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい場合は、介護施設等の受け皿の整備が着実に進むよう入院受療率の地域差解消の年次を2030（令和12）年とすることができるとされていますが、本県では、吾妻構想区域がこの特例に該当します。

なお、特例を採用する際は、2030年から比例的に逆算した2025年の病床の必要量も併せて地域医療構想に定めることとされていることから、吾妻構想区域については、2025年及び2030年の病床の必要量（必要病床数）を見込みます。

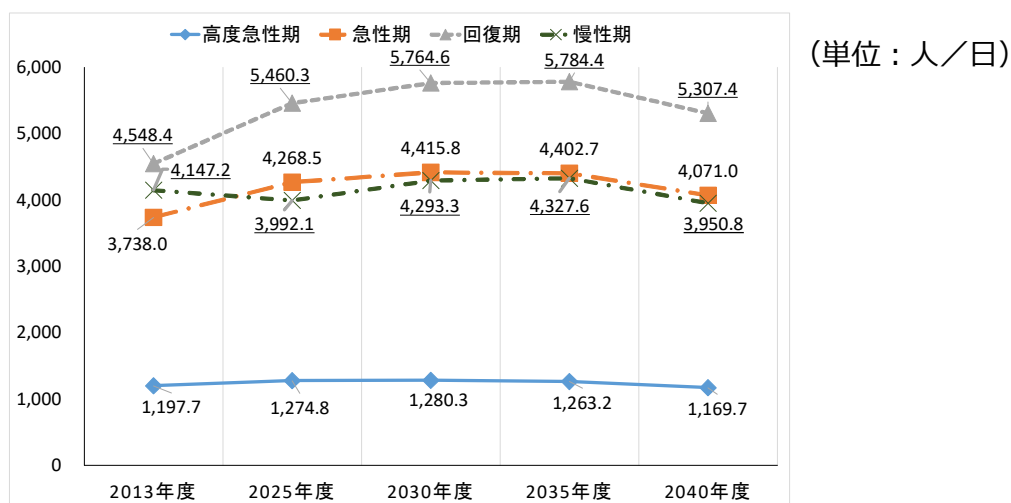
（4）医療需要の推計

本県の高度急性期から慢性期の医療需要（医療機関所在地ベース）は、2013（平成23）年度は、13,631.3人/日でしたが、国の推計によると、2025年度は、14,995.7人/日となっており、約10.0%（1,364.4人/日）増加するとされています。

これを医療機能別に見ると、高度急性期は約6.4%増加、急性期は約14.2%増加、回復期は約20.0%増加し、慢性期は約3.7%減少する見込みであり、特に回復期の増加率が高くなると推計されています。

なお、医療需要のピークは、回復期及び慢性期は2035年度頃、高度急性期及び急性期は2030年度頃となっており、特に回復期のピーク時は2013年度比27.2%の伸びとなっています。

本県における将来の医療需要の推計（医療機能別：医療機関所在地ベース）



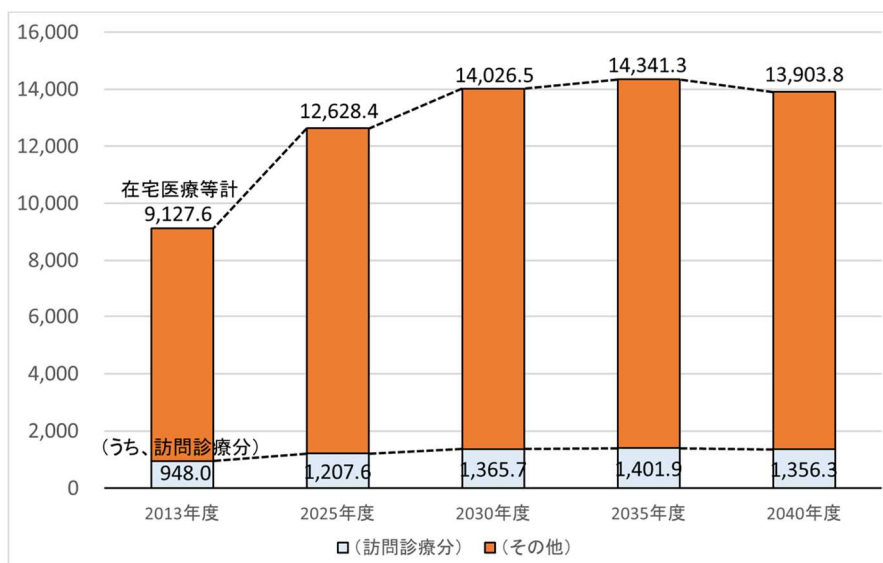
〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

また、本県の在宅医療等の医療需要は、2013年度は、医療機関所在地ベースで9,127.6人/日でしたが、2025年度の患者住所地ベースで12,628.4人/日となっており、約38.4%（3,500.8人/日）増加すると推計されています。

なお、在宅医療等の医療需要（患者住所地ベース）のピークは2035年度頃となっていますが、2013年度（医療機関所在地ベース）と比較して57.1%の伸びであり、2040年度においても在宅医療等の需要は高い水準を維持すると見込まれています。

ただし、訪問診療分を除いた在宅医療等の医療需要には、療養病床の入院患者のうち医療区分1の患者の70%、一般病床の入院患者数のうち医療資源投入量が175点未満の患者等が含まれることから、このことも踏まえて、今後、各地域における在宅医療等の提供体制について、更に検討していきます。

本県における将来の在宅医療等の医療需要の推計（単位：人/日）



〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」を基に県医務課推計

病床の必要量（必要病床数）

(1) 病床の必要量（必要病床数）推計の考え方

将来のあるべき医療提供体制を踏まえ、構想区域間の供給数の増減を調整し、医療機能ごとの推計供給数を病床稼働率で除して得た数を、各構想区域における2025年の病床の必要量（以下「必要病床数」という。）として見込むこととされています。

(2) 医療需要に対する医療供給体制

アの考え方を踏まえて推計すると、本県の2025年における必要病床数は合計で17,578床となり、医療機能別にみると、高度急性期は1,700床、急性期は5,472床、回復期は6,067床、慢性期は4,339床となります。

なお、必要病床数の推計に当たり、都道府県間の流出入について、医療機能別かつ二次医療圏別（2025年度推計）で流出又は流入している患者数が10人/日以上の場合には調整の対象となり、本県は埼玉県や栃木県が該当しますが、両県と調整した結果、現状

の医療機能や役割分担等を踏まえて、すべての医療機能とも医療機関所在地の医療需要として推計しています。

2025年の医療需要及び医療供給（県全体）

（単位：人／日、床）

区分	2025年における医療需要 (当該構想区域に居住する患者の 医療需要) (①)	2025年における医療供給(医療提供体制)		
		現在の医療提供体制が変わらな いと仮定した場合の他の構想区 域に所在する医療機関により供 給される量を増減したもの(②)	将来のあるべき医療提供体 制を踏まえ他の構想区域に 所在する医療機関により供 給される量を増減したもの (③)※	病床の必要量(必要病床数) (③を基に病床稼働率により算 出される病床数)(④)※※
高度急性期	1,209.1	1,274.8	1,274.8	1,700
急性期	4,038.7	4,268.5	4,268.5	5,472
回復期	5,130.5	5,460.3	5,460.3	6,067
慢性期	3,753.4	3,992.1	3,992.1	4,339
総計	14,131.8	14,995.7	14,995.7	17,578

※ 他県調整後

※※ ④を算出する際の病床稼働率(高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%)

※※※端数処理の関係で合計が一致しない場合がある。

また、各構想区域の2025年の必要病床数は、次表のとおりとなっています。

県内の構想区域間の患者流入による調整については、現状の医療機能や役割分担等を踏まえるとともに、地域包括ケアシステムの構築を念頭に、必要病床数を推計しています。

ア 回復期・慢性期

患者流入の80%を現状の医療機関所在地で対応し、20%を患者住所地で対応

イ 高度急性期・急性期

医療機関所在地で対応

※ 流出又は流入している患者数が10人／日未満の場合は、調整の対象外とし、医療機関所在地の医療需要としています。

各構想区域の2025年の必要病床数

（単位：床）

構想区域	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
前橋	529	1,429	1,149	459	3,566
渋川	128	256	287	256	927
伊勢崎	186	627	805	544	2,162
高崎・安中	283	975	1,314	1,127	3,699
藤岡	95	314	331	126	866
富岡	59	185	179	302	725
吾妻(※)	18	103	284	167	572
沼田	69	313	251	228	861
桐生	102	413	528	463	1,506
太田・館林	231	857	939	667	2,694
計	1,700	5,472	6,067	4,339	17,578

※ 吾妻構想区域における2030年の必要病床数は、慢性期のみ減少し135床(計540床)

(3) 留意すべき事項

ア 必要病床数は、将来のあるべき医療提供体制の構築のため、あくまでも現状の患者受療動向や将来の人口の高齢化等を基にした推計値であり、地域で協議する際の目安であることから、病床の削減目標ではないことに留意する必要があります。

第5章 地域医療構想

- イ 必要病床数の推計に際して用いた将来推計人口は、医療法施行規則等に基づき、国立社会保障・人口問題研究所の「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月中位推計）」であって、県及び市町村が策定する総合戦略における目標値等とは異なっています。

在宅医療等の必要量

各構想区域の2025年の在宅医療等の必要量は次表のとおりです。

なお、在宅医療等の必要量については、一部の入院患者を在宅医療等の必要量に含めて推計していることに注意するとともに、提供体制の整備に当たっては、地域包括ケアシステムの構築を念頭に、在宅医療を担う在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、訪問看護事業所等の基盤整備を推進するとともに、特別養護老人ホーム等の住まい、介護老人保健施設、居宅サービス等を確保する必要があります。

また、将来にわたり、介護サービスの安定的な供給体制を確保していくため、介護人材確保対策を含めた、総合的な対策の検討が必要となっています。

本県の各構想区域の在宅医療等の医療需要

構想区域	医療機能	2013年度の 医療需要 (人/日) ①	2025年の 医療需要(患 者住所地) (人/日) ②	増減数 (人/日) ②-①	増減率 ②/①
前橋	在宅医療等	1,496.1	2,077.2	581.1	138.8%
	在宅医療等のうち訪問診療分 ※	232.2	291.0	58.8	125.3%
	その他	1,263.8	1,786.1	522.3	141.3%
渋川	在宅医療等	541.0	792.1	251.1	146.4%
	在宅医療等のうち訪問診療分 ※	32.8	61.6	28.9	188.0%
	その他	508.2	730.5	222.3	143.7%
伊勢崎	在宅医療等	884.1	1,311.0	426.9	148.3%
	在宅医療等のうち訪問診療分 ※	78.2	121.9	43.7	155.9%
	その他	805.9	1,189.1	383.2	147.5%
高崎・安中	在宅医療等	1,877.9	2,700.1	822.2	143.8%
	在宅医療等のうち訪問診療分 ※	236.7	292.2	55.5	123.5%
	その他	1,641.3	2,407.9	766.6	146.7%
藤岡	在宅医療等	405.4	505.8	100.4	124.8%
	在宅医療等のうち訪問診療分 ※	44.1	44.8	0.7	101.5%
	その他	361.3	461.0	99.7	127.6%
富岡	在宅医療等	458.4	533.2	74.9	116.3%
	在宅医療等のうち訪問診療分 ※	23.0	23.1	0.0	100.2%
	その他	435.3	510.2	74.8	117.2%
吾妻	在宅医療等	424.0	535.3	111.3	126.2%
	在宅医療等のうち訪問診療分 ※	25.2	30.6	5.3	121.2%
	その他	398.8	504.7	105.9	126.6%
沼田	在宅医療等	526.8	629.6	102.7	119.5%
	在宅医療等のうち訪問診療分 ※	21.8	23.7	1.9	108.8%
	その他	505.0	605.8	100.8	120.0%
桐生	在宅医療等	906.9	1,249.1	342.2	137.7%
	在宅医療等のうち訪問診療分 ※	100.0	125.5	25.5	125.5%
	その他	807.0	1,123.7	316.7	139.2%
太田・館林	在宅医療等	1,607.0	2,295.1	688.1	142.8%
	在宅医療等のうち訪問診療分 ※	154.0	193.3	39.3	125.5%
	その他	1,453.0	2,101.8	648.8	144.6%
県計	在宅医療等	9,127.6	12,628.4	3,500.8	138.4%
	在宅医療等のうち訪問診療分 ※	948.0	1,207.6	259.7	127.4%
	その他	8,179.6	11,420.8	3,241.2	139.6%

※(訪問診療(件/月))/20日*1.9回(1か月当たりの平均受診回数(全国平均))

[資料] 厚生労働省「必要病床数等推計ツール」等を基に県医務課推計

3 病床が担う医療機能の状況

病床機能報告制度

将来のあるべき医療体制の検討に当たり、現状及び6年後の各構想区域における病床ごとの医療機能等を把握する必要があることから、平成26年に病床機能報告制度が創設されました。

一般病床・療養病床を有する医療機関は、現状及び6年後の病床機能を高度急性期、急性期、回復期、慢性期から自ら選択し、毎年、報告することが義務づけられています。

なお、報告された内容は広く県民等が確認できるように、県のホームページで公開しています。

病床機能報告における4つの医療機能

区分	医療機能の内容
高度急性期	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期	○ 急性期を経過した患者の在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能） ※ 「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション」のみでなく、現状において、リハビリテーションを提供していなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合には、回復期機能を選択できることとされています。
慢性期	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

〔資料〕厚生労働省「平成29年度病床機能報告マニュアル」

2021（令和3）年度病床機能報告集計結果

本県の2021（令和3）年度病床機能報告では、一般病床及び療養病床を有するすべての病院及び有床診療所から、19,325床分について報告されました。

このうち、ハンセン病療養所及び医療型障害児入所施設等の病床を除く18,237床の内訳は、高度急性期が1,556床（8.5%）、急性期が9,263床（50.3%）、回復期が3,516床（19.1%）、慢性期が3,902床（21.2%）であり、2025年の予定を見ると、急性期が342床減少する一方、回復期が341床増加するなど若干の変化が見られます。

なお、休棟等は県全体で170床と報告されていますが、これは全体の0.9%に当たります。

2021（令和3）年度病床機能報告集計結果

構想区域	現状及び 2025年の予定	小計	高度 急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等	合計
前橋	2021年（A）	3,635	1,204	1,486	522	423	6	3,641
	2025年（B）	3,639	1,248	1,388	580	423	0	3,639
	差(B-A)	4	44	▲ 98	58	0	▲ 6	▲ 2
渋川	2021年（A）	1,083	41	730	111	201	5	1,088
	2025年（B）	1,088	41	737	111	199	0	1,088
	差(B-A)	5	0	7	0	▲ 2	▲ 5	0
伊勢崎	2021年（A）	2,022	115	1,036	456	415	18	2,040
	2025年（B）	2,032	168	975	456	433	8	2,040
	差(B-A)	10	53	▲ 61	0	18	▲ 10	0
高崎・安中	2021年（A）	3,594	59	1,839	757	939	19	3,613
	2025年（B）	3,560	59	1,773	837	891	19	3,579
	差(B-A)	▲ 34	0	▲ 66	80	▲ 48	0	▲ 34
藤岡	2021年（A）	893	0	475	242	176	5	898
	2025年（B）	857	0	433	284	140	5	862
	差(B-A)	▲ 36	0	▲ 42	42	▲ 36	0	▲ 36
富岡	2021年（A）	643	32	200	242	169	0	643
	2025年（B）	597	32	200	242	123	0	597
	差(B-A)	▲ 46	0	0	0	▲ 46	0	▲ 46
吾妻	2021年（A）	793	0	213	262	318	0	793
	2025年（B）	773	0	187	288	298	0	773
	差(B-A)	▲ 20	0	▲ 26	26	▲ 20	0	▲ 20
沼田	2021年（A）	982	38	506	256	182	25	1,007
	2025年（B）	996	38	520	256	182	0	996
	差(B-A)	14	0	14	0	0	▲ 25	▲ 11
桐生	2021年（A）	1,608	33	766	364	445	60	1,668
	2025年（B）	1,663	33	740	424	466	0	1,663
	差(B-A)	55	0	▲ 26	60	21	▲ 60	▲ 5
太田・館林	2021年（A）	2,984	34	2,012	304	634	32	3,016
	2025年（B）	2,936	78	1,968	379	511	13	2,949
	差(B-A)	▲ 48	44	▲ 44	75	▲ 123	▲ 19	▲ 67
合計	2021年（A）	18,237	1,556	9,263	3,516	3,902	170	18,407
	2025年（B）	18,141	1,697	8,921	3,857	3,666	45	18,186
	差(B-A)	▲ 96	141	▲ 342	341	▲ 236	▲ 125	▲ 221

※この集計ではハンセン病療養所及び医療型障害児入所施設等の病床は除いている。

〔資料〕 県「病床機能報告（2021年度）」

病床機能報告制度の留意点

病床機能報告制度では、病床の医療機能を区分する定量的な基準がないため、医療機能の選択は医療機関が定性的な基準を参考に報告します。

また、病棟単位での報告となるため、1つの病棟が複数の医療機能を担っている場合（ケアミックス病棟等）には、主に担っている機能1つを選択し、報告することになります。

なお、国では病床機能報告における医療機能の選択の考え方なども含め、継続的に検討や見直しを行っており、病床機能報告制度の改善を図っています。

病床機能報告と必要病床数との比較

(1) 本県の状況

病床機能報告による医療機関からの報告と必要病床数とを比較すると、659 床上回っています（休棟等を除く）。

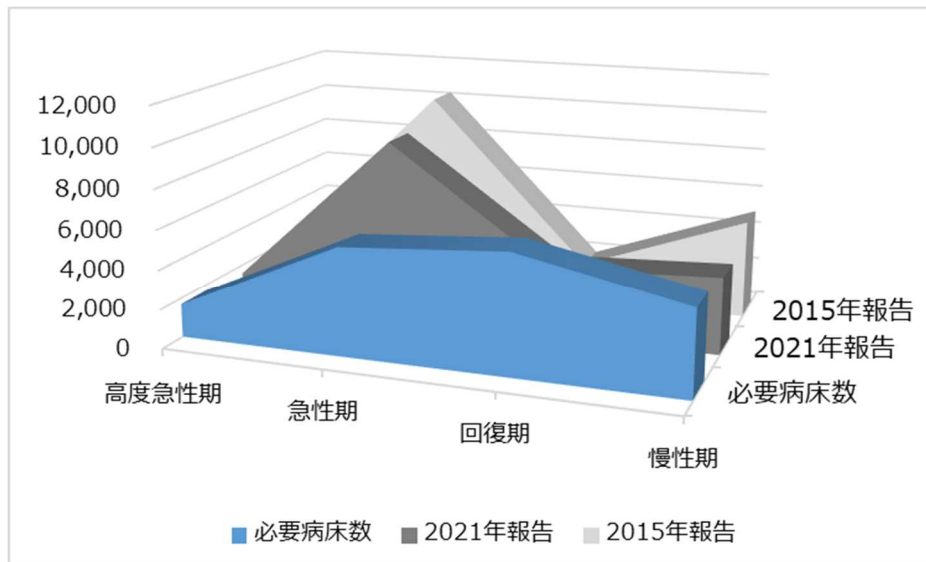
医療機能別に見ると、急性期は過剰な状況であり、高度急性期及び慢性期はやや不足、回復期は大幅な不足となっていることから、急性期の病床機能を他の病床機能に転換していく必要があります。

しかしながら、現状の病床機能報告制度には課題があるため、まずは各地域の現状の医療機能をしっかり把握することが必要です。

その上で、構想区域・病床の医療機能ごとの必要病床数と直近の病床機能報告とを比較するとともに、病床の機能分化・連携における地域の課題を分析し、医療機関の自主的な取組と相互の協議、地域医療介護総合確保基金（都道府県が計画した、医療及び介護の総合的な確保に関する目標を達成するために必要な事業に要する経費を支弁するために都道府県に設置した基金）の活用等により、地域で必要となる病床への転換を推進していくことが求められています。

病床機能報告と必要病床数との比較

(単位：床)



(単位：床)

年	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計	備考
2015	2,320	10,378	2,027	5,062	19,787	2015年報告
2021	1,556	9,263	3,516	3,902	18,237	2021年報告
2025	1,700	5,472	6,067	4,339	17,578	必要病床数

※ハンセン病療養所の病床及び休棟等は除いている。

(2) 各構想区域の状況

構想区域ごとの病床機能報告と必要病床数の比較は次表のとおりです。ほぼすべての地域で県全体と同様の傾向が見られますが、富岡及び沼田構想区域では、2021年の段階で回復期病床が必要病床数に達しています。

第5章 地域医療構想

構想区域ごとの病床機能報告と必要病床数の比較

(単位：床)

構想区域	医療機能	病床機能報告		必要病床数(床)		比較	
		2021年7月(床)(①)	2025年(床)(②)	差(①-②)	割合(②/①)		
前橋	高度急性期	1,204	529	+ 675	43.9%		
	急性期	1,486	1,429	+ 57	96.2%		
	回復期	522	1,149	▲ 627	220.1%		
	慢性期	423	459	▲ 36	108.5%		
	休棟等	6	-	-	-		
	小計	3,641	3,566	+ 75	97.9%		
渋川	高度急性期	41	128	▲ 87	312.2%		
	急性期	730	256	+ 474	35.1%		
	回復期	111	287	▲ 176	258.6%		
	慢性期	201	256	▲ 55	127.4%		
	休棟等	5	-	-	-		
	小計	1,088	927	+ 161	85.2%		
伊勢崎	高度急性期	115	186	▲ 71	161.7%		
	急性期	1,036	627	+ 409	60.5%		
	回復期	456	805	▲ 349	176.5%		
	慢性期	415	544	▲ 129	131.1%		
	休棟等	18	-	-	-		
	小計	2,040	2,162	▲ 122	106.0%		
高崎・安中	高度急性期	59	283	▲ 224	479.7%		
	急性期	1,839	975	+ 864	53.0%		
	回復期	757	1,314	▲ 557	173.6%		
	慢性期	939	1,127	▲ 188	120.0%		
	休棟等	19	-	-	-		
	小計	3,613	3,699	▲ 86	102.4%		
藤岡	高度急性期	0	95	▲ 95	-		
	急性期	475	314	+ 161	66.1%		
	回復期	242	331	▲ 89	136.8%		
	慢性期	176	126	+ 50	71.6%		
	休棟等	5	-	-	-		
	小計	898	866	+ 32	96.4%		
富岡	高度急性期	32	59	▲ 27	184.4%		
	急性期	200	185	+ 15	92.5%		
	回復期	242	179	+ 63	74.0%		
	慢性期	169	302	▲ 133	178.7%		
	休棟等	0	-	-	-		
	小計	643	725	▲ 82	112.8%		
吾妻	高度急性期	0	18	▲ 18	-		
	急性期	213	103	+ 110	48.4%		
	回復期	262	284	▲ 22	108.4%		
	慢性期	318	167	+ 151	52.5%		
	休棟等	0	-	-	-		
	小計	793	572	+ 221	72.1%		
沼田	高度急性期	38	69	▲ 31	181.6%		
	急性期	506	313	+ 193	61.9%		
	回復期	256	251	+ 5	98.0%		
	慢性期	182	228	▲ 46	125.3%		
	休棟等	25	-	-	-		
	小計	1,007	861	+ 146	85.5%		
桐生	高度急性期	33	102	▲ 69	309.1%		
	急性期	766	413	+ 353	53.9%		
	回復期	364	528	▲ 164	145.1%		
	慢性期	445	463	▲ 18	104.0%		
	休棟等	60	-	-	-		
	小計	1,668	1,506	+ 162	90.3%		
太田・館林	高度急性期	34	231	▲ 197	679.4%		
	急性期	2,012	857	+ 1,155	42.6%		
	回復期	304	939	▲ 635	308.9%		
	慢性期	634	667	▲ 33	105.2%		
	休棟等	32	-	-	-		
	小計	3,016	2,694	+ 322	89.3%		
県計	高度急性期	1,556	1,700	▲ 144	109.3%		
	急性期	9,263	5,472	+ 3,791	59.1%		
	回復期	3,516	6,067	▲ 2,551	172.6%		
	慢性期	3,902	4,339	▲ 437	111.2%		
	休棟等	170	-	-	-		
	総計	18,407	17,578	+ 829	95.5%		

※ この表の病床機能報告の集計では、ハンセン病療養所及び医療型障害児入所施設等の病床は除いている。

4 取組の方向性と地域医療構想の推進

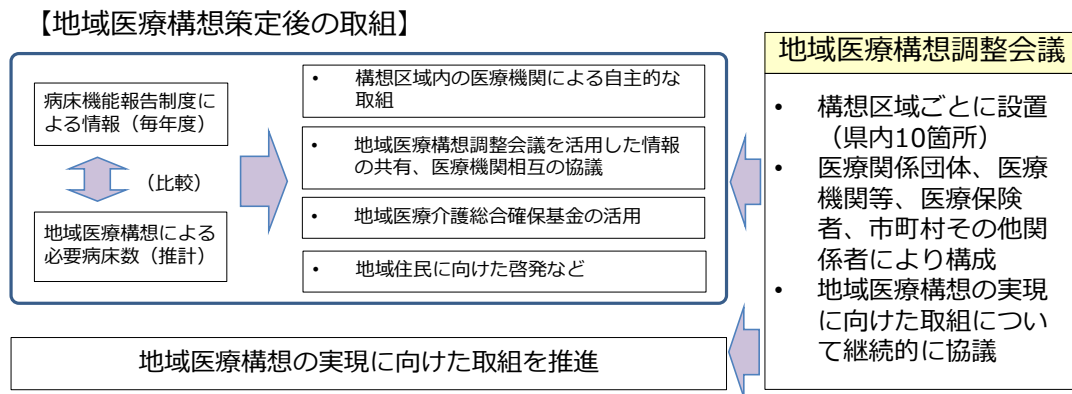
地域医療構想の実現に向けた取組の方向性

2025（令和7）年に向けて、限られた医療資源を効率的・効果的に活用し、質の高い医療提供体制を構築するため、地域の実情に応じて取組を検討する必要がありますが、県全体の取組の方向性は次表のとおりです。

1	<p>病床の機能分化・連携の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 患者の医療需要に応じた適切な医療機能を提供できるよう、不足が見込まれる回復期病床への転換を促進し、それぞれの地域でバランスのとれた病床整備を推進 ● 構想区域における医療機関の役割の明確化、連携体制の強化による効率的かつ効果的な医療提供体制の構築 ● 慢性期については、回復期等への病床転換と、介護老人保健施設や介護医療院への転換も含めた在宅医療・介護サービスの充実を一体的に推進
2	<p>在宅医療・介護のサービスの充実</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 在宅医療ニーズの増加と多様化に対応。在宅医療・介護の普及と連携体制の整備推進 ● 退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等、在宅医療における適切な連携体制の構築 ● 地域の実情に応じた在宅医療・介護サービスの提供体制の整備 など
3	<p>医療従事者の確保・要請</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 地域に必要な医師、看護師その他医療従事者の確保 ● 在宅医療を担う医療従事者の確保・養成や介護職等との多職種連携の取組を推進 ● 回復期病床等の整備にあわせた人材確保 ● 認知症への対応（認知症サポート医等） など

地域医療構想の推進

地域医療構想の実現に向けて、これらの取組を地域の実情に応じて進めるため、構想区域ごとに設置する地域医療構想調整会議（学識経験者、医療関係者、及び市町村等との間に設ける「協議の場」）で協議を行うとともに、医療機関等の自主的な取組について地域医療介護総合確保基金により支援を行います。



第2節 構想区域別の地域医療構想

1 前橋構想区域（前橋市）

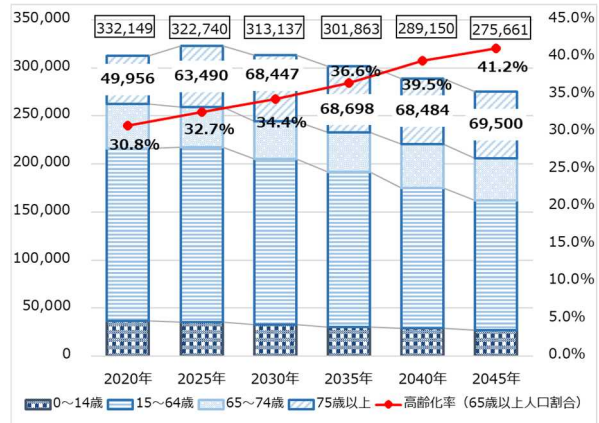
将来推計人口

(1) 前橋構想区域の総人口は、2020（令和2）年に332,149人でしたが、2045（令和27）年に275,661人まで減少すると推計されています。

一方、75歳以上人口は、2045（令和27）年頃までは引き続き増加する見込みです。

(2) 高齢化率（65歳以上人口割合）は2020（令和2）年に30.8%でしたが、2045（令和27）年には41.2%に増加すると見込まれています。

将来推計人口の推移



〔資料〕 国立社会保障・人口問題研究所
「日本の地域別将来推計人口（2018年推計）」
総務省「国勢調査（2020年）」
※2020年のグラフには、「年齢不詳者」が含まれない

医療資源の状況

(1) 医療施設

前橋構想区域の医療施設数は、2023（令和5）年4月時点で病院は20施設、有床診療所は16施設となっています。

また、同時点で在宅療養支援病院は4施設（人口10万対1.2施設/県1.7施設）、在宅療養支援診療所は79施設（人口10万対24施設/県13.4施設）、在宅療養支援歯科診療所は17施設（人口10万対5.2施設/県4.2施設）であり、保健医療計画（在宅医療編）の掲載基準を満たす薬局は26施設（人口10万対7.8施設/県8.0施設）、訪問看護事業所は21施設（人口10万対6.3施設/県6.1施設）となっています。

(2) 医療従事者

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（2020（令和2）年）」によると、人口10万人当たりの医療施設従事医師数は447.4人（県233.8人）、医療施設従事歯科医師数は93.3人（県72.5人）、薬局・医療施設従事薬剤師数は221.9人（県175.9人）となっています。

また、2022（令和4）年末時点で、人口10万人当たりの病院に勤務する看護職員（保健師、助産師及び看護師。以下同じ。）数（常勤換算数。以下の職種も同じ。）は1,100.6人（県779.5人）、診療所に勤務する看護職員数は229.1人（県194.8人）、訪問看護事業所に勤務する訪問看護職員数は55.3人（県35.1人）となっています。

なお、厚生労働省「医療施設調査（2020（令和2）年）」によると、人口10万人当たりの理学療法士数は95.5人（県83.3人）、作業療法士数は41.2人（県40.4人）、言語聴覚士数は16.2人（県14.6人）となっています。

病床の医療機能別の受療動向推計

- (1) 国の推計によると、2025年における前橋構想区域の入院患者の受療動向は、高崎・安中構想区域との間で流出入が多く、次いで、流入は渋川構想区域、流出は伊勢崎構想区域となっています。
- (2) 医療機能別に見ると、すべての機能で高崎・安中構想区域との間で流出入が多く、次いで、多くは渋川構想区域ですが、流出の一部は伊勢崎構想区域との間で多くなっています。

2025年の病床の受療動向推計 (人/日)

区分	自足数(※)	流入	流出	主な流入元・流出先
高度急性期	192.4	204.6	40.9	高崎・安中(58.3)、渋川(33.4)
急性期	661.3	453.7	113.5	高崎・安中(135.8)、渋川(94.1)
回復期	690.5	375.2	193.3	高崎・安中(40.8)、伊勢崎(30.6)
慢性期	280.4	113.8	245.5	高崎・安中(107.0)、渋川(91.1)
計	1,824.5	1,147.3	593.2	高崎・安中(63.3)、伊勢崎(53.5)

※ 自足数：圏内居住者のうち、圏内の医療機関への入院患者数

[資料] 厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

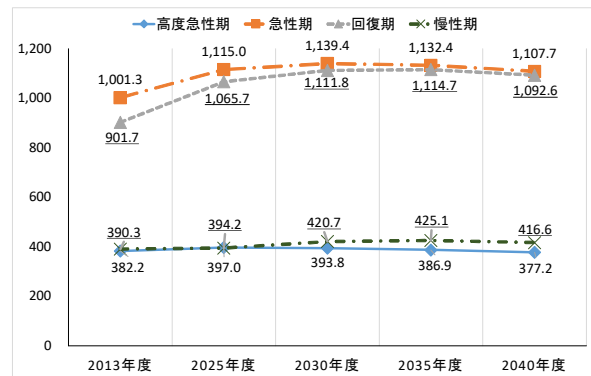
入院医療の需要推計

- (1) 国の推計によると、2025年度まで医療需要の推計(医療機関所在地ベース)(人/日)の医療機能別の医療需要は、高度急性期から慢性期までのすべての医療機能で増加します。特に、回復期の医療需要の増加率が最も高く、2013年度と比較すると、18.1%増加する見込みです。

- (2) 2040年度までの医療需要を見ると、高度急性期は2025年度頃、急性期は2030年度頃にピークを迎えますが、回復期、慢性期は2035年度頃の見込みです。

医療需要の推計(医療機関所在地ベース)

(人/日)

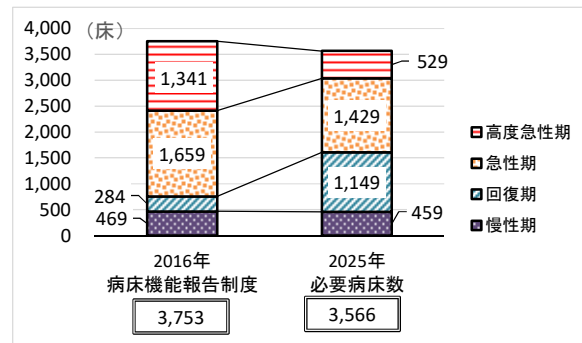


[資料] 厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

病床の必要量

- (1) 他の構想区域との役割分担を踏まえ、国の推計方法に基づいて推計した2025年の必要病床数は、高度急性期529床、急性期1,429床、回復期1,149床、慢性期459床となり、合計で3,566床となっています。
- (2) 今後は、病床機能報告と比較し、地域で必要となる病床(回復期病床)への転換等によるバランスのとれた病床整備や受け皿となる在宅医療等の充実を図る必要があります。

必要病床数と病床機能報告の比較

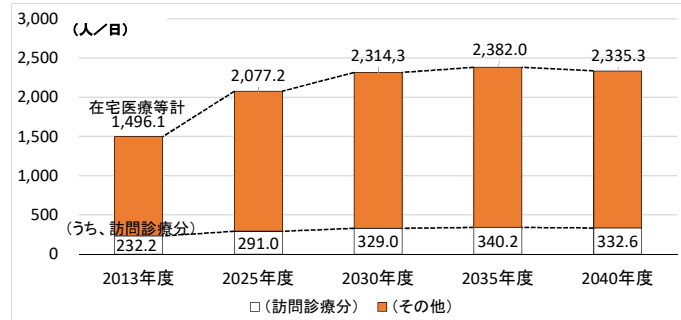


[資料] 群馬県医務課

在宅医療等の需要推計

- (1) 在宅医療等の医療需要は、2025年度には、2,077.2人/日となり、2013年度と比較すると38.8%増加すると見込まれています。
- (2) ピークである2035年度頃には、2013年度と比較して59.2%増加すると推計されており、2040年度においても医療需要は引き続き高い水準を維持すると見込まれています。

在宅医療等の医療需要の推移（患者住所地ベース）



〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」
訪問診療分は国データを基に医務課推計

将来のあるべき医療・介護提供体制を実現するための施策

(1) 病床の機能分化・連携の推進

- ア 高度急性期、急性期医療を担う医療機関が多い一方で、回復期の医療を提供する医療機関が少ないことから、医療機関の自主的な取組とともに、地域医療介護総合確保基金を活用し、回復期の病床への転換等を促進し、バランスのとれた病床整備を推進します。
- イ 慢性期については、在宅医療等を含めた医療需要の増加に対応する必要があることから、今後、在宅医療・介護サービスの充実と慢性期病床から介護老人保健施設や介護医療院への転換を含めた必要な医療機能への転換等を一体的に推進することとします。
- ウ 地域完結型の医療への転換のためには、各医療機関の役割の明確化を図り、医療機関相互が連携し、医療資源の効率的活用に取り組む必要があることから、急性期病院、及び回復期病院の代表者を含めた地域医療構想調整会議での協議等により、各医療機関の役割を明確化し、相互の連携の促進を図ります。
また、医療機関同士の話し合いも含めた自主的な取組を支援します。
- エ 今後、がん、脳卒中、心血管疾患、糖尿病、認知症などで、医療需要の増加が見込まれることから、診療報酬上の地域連携計画作成など連携パスの活用により、病病連携、病診連携の促進を図ります。
- オ 認知症等を含む精神疾患に身体疾患を合併する患者への医療提供のため、病床を整備するとともに、一般の医療機関と精神科医療機関による圏域を越えた診療協力体制等の構築を図ります。
- カ 救急、災害、周産期及び小児医療等においては、本県の三次医療の中心として県内全域の高度医療の二ーズに対応できる体制の整備を目指します。

(2) 在宅医療・介護サービスの充実

- ア 在宅医療等の医療需要の増加に対応するため、地域の実情に応じた医療・介護サービスの提供体制や医療・介護連携体制の整備を支援します。

- イ 高度急性期、急性期、回復期及び慢性期の医療機関がそれぞれの役割を適切に担い、連携して患者の状態に即した円滑な在宅療養への移行を支援する必要があることから、退院支援に係るルールの策定及び運用を推進し、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援や在宅患者の急変時の連携体制の整備に係る取組を推進します。
- ウ 認知症の増加に対応するために、認知症の患者や家族に対する初期支援を包括的・集中的に行い自立支援のサポートを行う認知症初期集中支援チームの運営等を支援します。
- エ 在宅医療に移行する患者や家族が、退院後も安心して地域で療養できるよう、在宅医療・介護の普及に取り組めます。

(3) 医療従事者の確保・養成

- ア 2025年度における在宅医療等の医療需要の増加に鑑み、在宅医療を担う医師・訪問看護師等の確保や介護事業者等との連携が課題となっていることから、人材育成や多職種連携に係る取組を積極的に支援します。
- イ 前橋構想区域の在宅における死亡率は、県平均を上回っていますが、在宅で亡くなる方の増加や在宅医療への期待の高まり等により、在宅（介護施設等を含む）での看取りにも対応する医師や訪問看護師等の養成を推進します。
- ウ 認知症患者への適切な医療・介護サービスの提供が求められていることから、かかりつけ医の認知症対応力の向上や認知症サポート医等の養成を支援します。
- エ 認知症や緩和ケア等の高度化・専門化する医療や多様化するニーズに対応した看護サービスを提供するため、認定看護師等の水準の高い看護師や幅広い疾患に対応可能な看護職員の養成を支援します。
- オ 在宅医療等の推進を図っていくため、医師の判断を待たずに、手順書により一定の診療の補助を行うことができる看護師の養成を支援します。
- カ 地域で必要となる回復期等の病床整備に併せて、リハビリテーション等の専門性を有する医師や看護師、その他の医療従事者の確保に取り組めます。
- キ 在宅医療等の医療需要の増加に伴い、入院医療から在宅医療への円滑な移行が必要となるため、退院調整に係る人材の育成や相談体制の充実を支援します。

2 渋川構想区域（渋川市、榛東村、吉岡町）

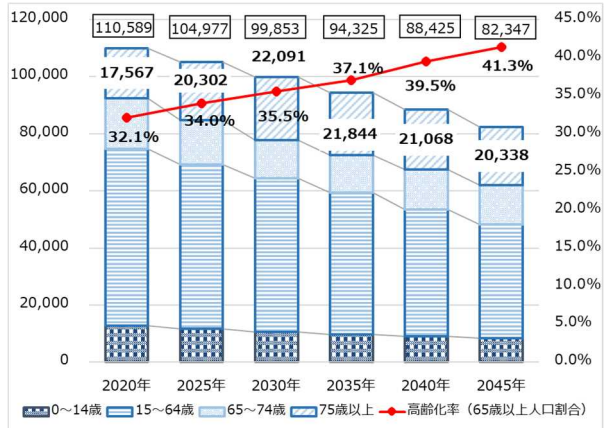
将来推計人口

(1) 渋川構想区域の総人口は、2020（令和2）年に110,589人でしたが、2045（令和27）年に82,347人まで減少すると推計されています。

一方、75歳以上人口は、引き続き増加傾向ですが、2030年（令和12）頃をピークに減少に転じる見込みです。

(2) 高齢化率（65歳以上人口割合）は2020（令和2）年に32.1%でしたが、2045（令和27）年には41.3%に増加すると見込まれています。

将来推計人口の推移



〔資料〕 国立社会保障・人口問題研究所
「日本の地域別将来推計人口（2018年推計）」
総務省「国勢調査（2020年）」
※2020年のグラフには、「年齢不詳者」が含まれない

医療資源の状況

(1) 医療施設

渋川構想区域の医療施設数は、2023（令和5）年4月時点で病院は10施設、有床診療所は4施設となっています。

また、同時点で在宅療養支援病院は1施設（人口10万対0.9施設/県1.7施設）、在宅療養支援診療所は18施設（人口10万対16.5施設/県13.4施設）、在宅療養支援歯科診療所は1施設（人口10万対0.9施設/県4.2施設）であり、保健医療計画（在宅医療編）の掲載基準を満たす薬局は3施設（人口10万対2.6施設/県8.0施設）、訪問看護事業所は7施設（人口10万対6.2施設/県6.1施設）となっています。

(2) 医療従事者

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（2020（令和2））」によると、人口10万人当たりの医療施設従事医師数は227人（県233.8人）、医療施設従事歯科医師数は54.3人（県72.5人）、薬局・医療施設従事薬剤師数は150.1人（県175.9人）となっています。

また、2022（令和4）年末時点で、人口10万人当たりの病院に勤務する看護職員数（常勤換算数。以下の職種も同じ。）は1156.2人（県799.5人）、診療所に勤務する看護職員数は132.7人（県194.8人）、訪問看護事業所に勤務する訪問看護職員数は26.1人（県35.1人）となっています。

なお、厚生労働省「医療施設調査（2020（令和2）年）」によると、人口10万人当たりの理学療法士数は56.5人（県83.3人）、作業療法士数は37.6人（県40.4人）、言語聴覚士数は11.8人（県14.6人）となっています。

病床の医療機能別の受療動向推計

- (1) 国の推計によると、2025年における渋川構想区域の入院患者の受療動向は、流出入ともに前橋構想区域との間で多く、次いで、高崎・安中構想区域となっています。
- (2) 医療機能別に見ると、流入は、高度急性期は伊勢崎構想区域、急性期、回復期は前橋構想区域、流出は高度急性期から回復期までは前橋構想区域との間で多く、慢性期の流出入は高崎・安中構想区域との間で多くなっています。

2025年の病床の受療動向推計 (人/日)

区分	自足数(※)	流出入数	主な流入元・流出先
高度急性期	35.7	流入	伊勢崎(14.0)、前橋(11.5)
		流出	前橋(33.4)
急性期	138.1	流入	前橋(15.6)、吾妻(13.4)
		流出	前橋(94.1)、高崎・安中(25.0)
回復期	177.0	流入	前橋(18.6)、吾妻(10.5)
		流出	前橋(91.1)、高崎・安中(40.8)
慢性期	115.7	流入	高崎・安中(36.1)、前橋(33.5)
		流出	高崎・安中(40.9)、前橋(23.7)
計	466.5	流入	前橋、高崎・安中
		流出	前橋、高崎・安中

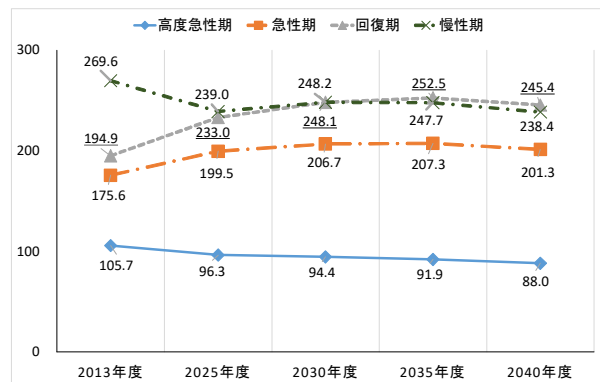
※ 自足数：圏内居住者のうち、圏内の医療機関への入院患者数
 ※※ 医療需要の流入又は流出が10人/日未満の流出入の状況は、個人情報保護の観点から推計ツール上、表示されない。

[資料] 厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

入院医療の需要推計

- (1) 国の推計によると、2025年度までの医療機能別の医療需要は、急性期と回復期で増加します。
 特に、回復期の医療需要の増加率が高く、2013年度と比較すると、19.5%増加する見込みです。
- (2) 2040年度までの医療需要を見ると、高度急性期は既にピークを過ぎていますが、急性期、回復期は2035年度頃にピークを迎える見込みです。

医療需要の推計 (医療機関所在地ベース) (人/日)

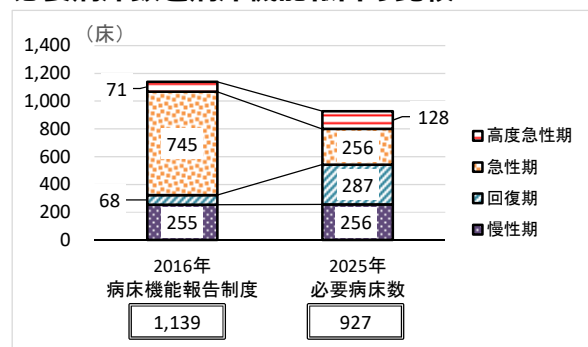


[資料] 厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

病床の必要量

- (1) 他の構想区域との役割分担を踏まえ、国の推計方法に基づいて推計した2025年の必要病床数は、高度急性期128床、急性期256床、回復期287床、慢性期256床となり、合計で927床となっています。
- (2) 今後は、病床機能報告と比較し、地域で必要となる病床(回復期病床)への転換等によるバランスのとれた病床整備や受け皿となる在宅医療等の充実を図る必

必要病床数と病床機能報告の比較

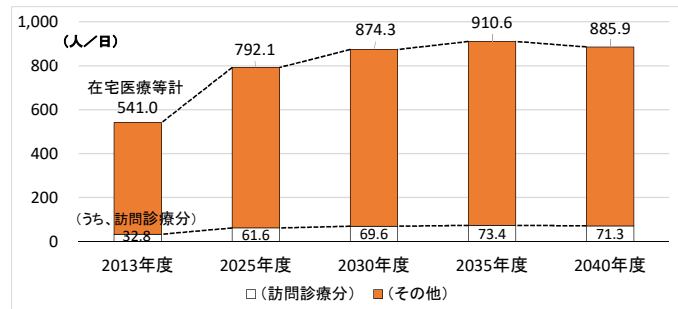


[資料] 群馬県医務課

在宅医療等の需要推計

- (1) 在宅医療等の医療需要は、2025年度には、792.1人/日となり、2013年度と比較すると46.4%増加すると見込まれています。
- (2) ピークである2035年度頃には、2013年度と比較して68.3%増加すると推計されており、2040年度においても医療需要は高い水準を維持すると見込まれています。

在宅医療等の医療需要の推移（患者住所地ベース）



〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

訪問診療分は国データを基に医務課推計

将来のあるべき医療・介護提供体制を実現するための施策

(1) 病床の機能分化・連携の推進

- ア 高度急性期、急性期医療を担う医療機関が多い一方で、回復期の医療を提供する医療機関が少ないことから、医療機関の自主的な取組とともに、地域医療介護総合確保基金を活用し、回復期の病床への転換等を促進し、バランスのとれた病床整備を推進します。
- イ 慢性期については、在宅医療等を含めた医療需要の増加に対応する必要があることから、今後、在宅医療・介護サービスの充実と慢性期病床から介護老人保健施設や介護医療院への転換を含めた必要な医療機能への転換等を一体的に推進することとします。
- ウ 地域完結型の医療への転換のためには、各医療機関の役割の明確化を図り、医療機関相互が連携し、医療資源の効率的活用に取り組む必要があることから、急性期病院、及び回復期病院の代表者を含めた地域医療構想調整会議での協議等により、各医療機関の役割を明確化し、相互の連携の促進を図ります。
また、医療機関同士の話し合いも含めた自主的な取組を支援します。
- エ 今後、がん、脳卒中、心血管疾患、糖尿病、認知症などで、医療需要の増加が見込まれることから、診療報酬上の地域連携計画作成など連携パスの活用により、病病連携、病診連携の促進を図ります。
- オ 周産期及び小児医療等において、本県の三次医療の中心として県内全域の高度医療のニーズに対応できる体制の整備に努めるとともに、救急等では北毛地域で広域的な対応が行えるよう、受入体制の充実を目指します。

(2) 在宅医療・介護サービスの充実

- ア 在宅医療等の医療需要は県内でも有数の増加率を示すため、地域の実情に応じた、在宅医療・介護サービスの提供体制や医療・介護連携体制の整備を支援します。
- イ 渋川市は、容易に医療機関を利用することができない無医地区を有することから、それぞれの地区の実情にも配慮した在宅医療・介護サービスの提供体制のあり方について検討し、対応を図っていく必要があります。

- ウ 高度急性期、急性期、回復期及び慢性期の医療機関がそれぞれの役割を適切に担い、連携して患者の状態に即した円滑な在宅療養への移行を支援することから、退院支援に係るルールの策定及び運用を推進し、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援や在宅患者の急変時の連携体制の整備に係る取組を推進します。
- エ 認知症の増加に対応するために、認知症の患者や家族に対する初期支援を包括的・集中的に行い自立支援のサポートを行う認知症初期集中支援チームの設置及び運営等を支援します。
- オ 在宅医療に移行する患者や家族が、退院後も安心して地域で療養できるよう、在宅医療・介護の普及に取り組めます。

(3) 医療従事者の確保・養成

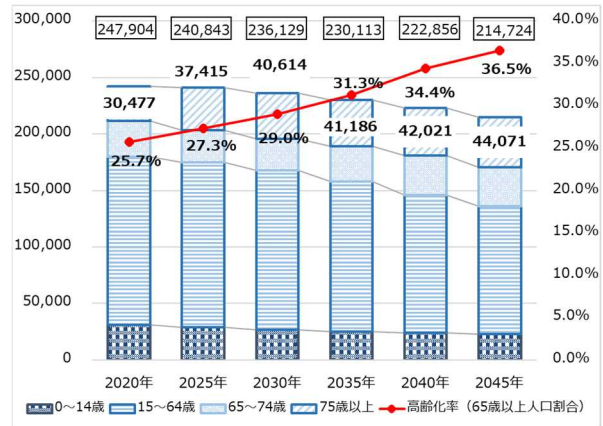
- ア 2025年度における在宅医療等の医療需要の増加に鑑み、在宅医療を担う医師・訪問看護師等の確保や介護事業者等との連携が課題となっていることから、人材育成や多職種連携に係る取組を積極的に支援します。
- イ 渋川構想区域の在宅における死亡率は、県平均を下回っていますが、在宅で亡くなる方の増加や在宅医療への期待の高まり等により、在宅（介護施設等を含む）での看取りにも対応する医師や訪問看護師等の確保を推進します。
- ウ 認知症患者への適切な医療・介護サービスの提供が求められていることから、かかりつけ医の認知症対応力の向上や認知症サポート医等の養成を支援します。
- エ 認知症や緩和ケア等の高度化・専門化する医療や多様化するニーズに対応した看護サービスを提供するため、認定看護師等の水準の高い看護師や幅広い疾患に対応可能な看護職員の養成を支援します。
- オ 在宅医療等の推進を図っていくため、医師の判断を待たずに、手順書により一定の診療の補助を行うことができる看護師の養成を支援します。
- カ 地域で必要となる回復期等の病床整備に併せて、リハビリテーション等の専門性を有する医師や看護師、その他の医療従事者の確保に取り組めます。
- キ 在宅医療等の医療需要の増加に伴い、入院医療から在宅医療への円滑な移行が必要となるため、退院調整に係る人材の育成や相談体制の充実を支援します。

3 伊勢崎構想区域（伊勢崎市、玉村町）

将来推計人口

- (1) 伊勢崎構想区域の総人口は、**2020（令和2）年に247,904人**でしたが、**2045（令和27）年に214,724人**まで減少すると推計されています。
- 一方、75歳以上人口は、**2045年頃**までは引き続き増加する見込みです。
- (2) 高齢化率（65歳以上人口割合）は**2020（令和2）年に25.7%**でしたが、**2045（令和27）年には36.5%**に増加すると見込まれています。

将来推計人口の推移



〔資料〕 国立社会保障・人口問題研究所
 「日本の地域別将来推計人口（2018年推計）」
 総務省「国勢調査（2020年）」
 ※2020年のグラフには、「年齢不詳者」が含まれない

医療資源の状況

(1) 医療施設

伊勢崎構想区域の医療施設数は、**2023（令和5）4月時点**で病院は11施設、有床診療所は10施設となっています。

また、**同時点**で在宅療養支援病院は1施設（人口10万対0.4施設/県1.7施設）、在宅療養支援診療所は21施設（人口10万対8.5施設/県13.4施設）、在宅療養支援歯科診療所は10施設（人口10万対4.1施設/県4.2施設）であり、保健医療計画（在宅医療編）の掲載基準を満たす薬局は25施設（人口10万対10.2施設/県8.0施設）、訪問看護事業所は13施設（人口10万対5.3施設/県6.1施設）となっています。

(2) 医療従事者

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（2020（令和2）年）」によると、人口10万人当たりの医療施設従事医師数は**178.7人**（県**233.8人**）、医療施設従事歯科医師数は**58.5人**（県**72.5人**）、薬局・医療施設従事薬剤師数は**163.8人**（県**175.9人**）となっています。

また、**2022（令和4）年末時点**で、人口10万人当たりの病院に勤務する看護職員数（常勤換算数。以下の職種も同じ。）は**686.2人**（県**799.5人**）、診療所に勤務する看護職員数は**206.2人**（県**194.8人**）、訪問看護事業所に勤務する訪問看護職員数は**36.4人**（県**35.1人**）となっています。

なお、「医療施設調査（2020（令和2）年）」人口10万人当たりの理学療法士数は**69.4人**（県**83.3人**）、作業療法士数は**37.8人**（県**40.4人**）、言語聴覚士数は**9.7人**（県**14.6人**）となっています。

病床の医療機能別の受療動向推計

- (1) 国の推計によると、2025年における伊勢崎構想区域の入院患者の受療動向は、流入は太田・館林構想区域との間で多く、流出は前橋構想区域との間で多くなっています。
- (2) 医療機能別に見ると、高度急性期から回復期までで、流入は埼玉県北部構想区域、流出は前橋構想区域との間で多く、慢性期では、流入は太田・館林構想区域、流出は高崎・安中構想区域との間で多くなっています。

2025年の病床の受療動向推計 (人/日)

区分	自足数(※)	流出入数		主な流入元・流出先
		流入	流出	
高度急性期	93.3	46.8	57.8	埼玉県・北部(18.1) 前橋(27.5)、渋川(14.0)
		142.9	104.9	埼玉県・北部(47.1)、前橋(30.6) 前橋(59.4)、高崎・安中(12.2)
急性期	346.0	231.4	125.9	埼玉県・北部(59.2)、前橋(53.5) 前橋(48.2)、太田・館林(28.3)
		175.7	98.9	太田・館林(83.1)、前橋(28.8) 高崎・安中(24.2)、桐生(18.3)
回復期	501.9	596.9	387.5	太田・館林、埼玉県・北部 前橋、高崎・安中
		125.9	98.9	
慢性期	338.4	596.9	387.5	
		125.9	98.9	
計	1,279.6	596.9	387.5	

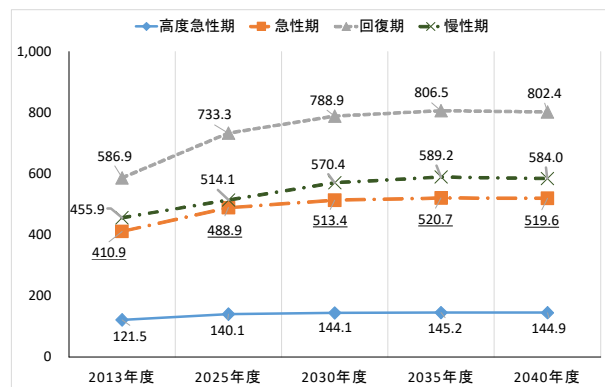
※ 自足数：圏内居住者のうち、圏内の医療機関への入院患者数
 ※※医療需要の流入又は流出が10人/日未満の流出入の状況は、個人情報保護の観点から推計ツール上、表示されない。

[資料] 厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

入院医療の需要推計

- (1) 国の推計によると、2025年度までの医療機能別の医療需要は、すべての医療機能で増加します。特に、回復期の医療需要の増加率が高く、2013年度と比較すると、24.9%増加する見込みです。
- (2) 2040年度までの医療需要を見ると、高度急性期から回復期まですべての医療機能は2035年度頃にピークを迎える見込みです。

医療需要の推計 (医療機関所在地ベース) (人/日)

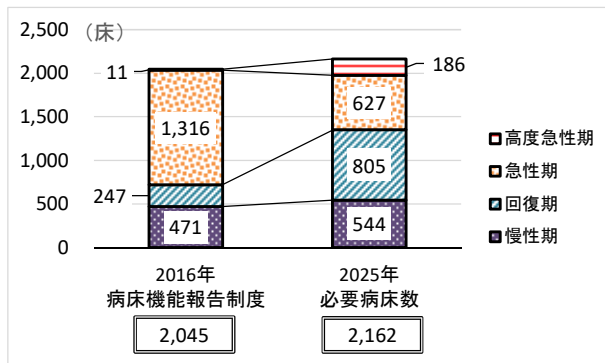


[資料] 厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

病床の必要量

- (1) 他の構想区域との役割分担を踏まえ、国の推計方法に基づいて推計した2025年の必要病床数は、高度急性期186床、急性期627床、回復期805床、慢性期544床となり、合計で2,162床となっています。
- (2) 今後は、病床機能報告と比較し、地域で必要となる病床(回復期病床)への転換等によるバランスのとれた病床整備や受け皿となる在宅医療等の充実を図る必要があります。

必要病床数と病床機能報告の比較

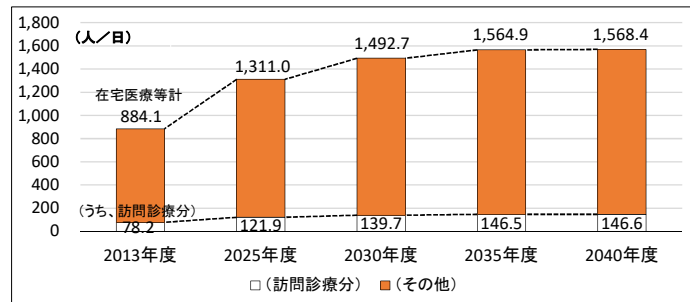


[資料] 群馬県医務課

在宅医療等の需要推計

- (1) 在宅医療等の医療需要は、2025年度には、1,311.0人/日となり、2013年度と比較すると48.2%増加すると見込まれています。
- (2) 2040年度までの医療需要を見ると、増加が続くと推計されており、2040年度頃の医療需要は、2013年度と比較して77.4%増加する見込みですが、これは県内で最も高い増加率となっています。

在宅医療等の医療需要の推移（患者住所地ベース）



〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」
訪問診療分は国データを基に医務課推計

将来のあるべき医療・介護提供体制を実現するための施策

(1) 病床の機能分化・連携の推進

ア 高度急性期、急性期医療を担う医療機関が多い一方で、回復期の医療を提供する医療機関が少ないことから、医療機関の自主的な取組とともに、地域医療介護総合確保基金を活用し、回復期の病床への転換等を促進し、バランスのとれた病床整備を推進します。

また、本構想区域の特徴として、埼玉県北部から流入する医療需要があることから、両県関係保健所を通じて、引き続き連携を図ります。

イ 慢性期については、在宅医療等を含めた医療需要の増加に対応する必要があることから、今後、在宅医療・介護サービスの充実と慢性期病床から介護老人保健施設や介護医療院への転換を含めた必要な医療機能への転換等を一体的に推進することとします。

ウ 地域完結型の医療への転換のためには、各医療機関の役割の明確化を図り、医療機関相互が連携し、医療資源の効率的活用に取り組む必要があることから、すべての病院の代表者を含めた地域医療構想調整会議での協議等により、各医療機関の役割を明確化し、相互の連携の促進を図ります。

また、医療機関同士の話し合いも含めた自主的な取組を支援します。

エ 今後、がん、脳卒中、心血管疾患、糖尿病、認知症などで、医療需要の増加が見込まれることから、診療報酬上の地域連携計画作成など連携パスの活用により、病病連携、病診連携の促進を図ります。

オ 周産期や小児医療においては、中毛の拠点地域である前橋構想区域との連携により、高度医療の提供又は24時間対応できる体制の維持を図ります。

(2) 在宅医療・介護サービスの充実

ア 在宅医療等の医療需要は県内でも最も高い増加率を示すため、地域の実情に応じた、医療・介護サービスの提供体制や医療・介護連携体制の構築を支援します。

- イ 度急性期、急性期、回復期及び慢性期の医療機関がそれぞれの役割を適切に担い、連携して患者の状態に即した円滑な在宅療養への移行を支援する必要があることから、退院支援に係るルールの策定及び運用を推進し、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援や在宅患者の急変時の連携体制の整備に係る取組を推進します。
- ウ 知症の増加に対応するために、認知症の患者や家族に対する初期支援を包括的・集中的に行い自立支援のサポートを行う認知症初期集中支援チームの設置及び運営等を支援します。
- エ 在宅医療に移行する患者や家族が、退院後も安心して地域で療養できるよう、在宅医療・介護の普及に取り組めます。

(3) 医療従事者の確保・養成

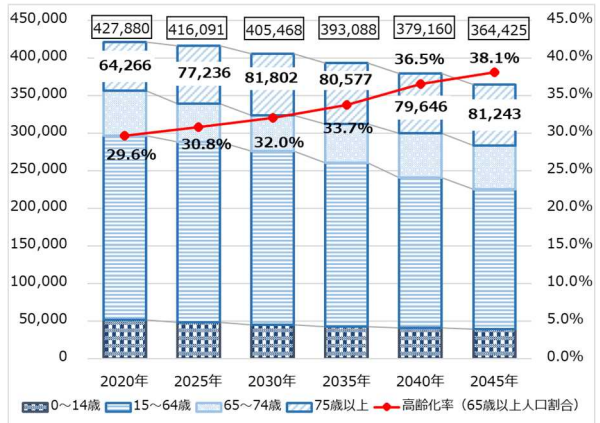
- ア 2025年度における在宅医療等の医療需要の増加に鑑み、在宅医療を担う医師・訪問看護師等の確保や介護事業者等との連携が課題となっていることから、人材育成や多職種連携に係る取組を積極的に支援します。
- イ 伊勢崎構想区域の在宅における死亡率は、県平均を下回っていますが、在宅で亡くなる方の増加や在宅医療への期待の高まり等により、在宅（介護施設等を含む）での看取りにも対応する医師や訪問看護師等の確保を推進します。
- ウ 認知症患者への適切な医療・介護サービスの提供が求められていることから、かかりつけ医の認知症対応力の向上や認知症サポート医等の養成を支援します。
- エ 認知症や緩和ケア等の高度化・専門化する医療や多様化するニーズに対応した看護サービスを提供するため、認定看護師等の水準の高い看護師や幅広い疾患に対応可能な看護職員の養成を支援します。
- オ 在宅医療等の推進を図っていくため、医師の判断を待たずに、手順書により一定の診療の補助を行うことができる看護師の養成を支援します。
- カ 地域で必要となる回復期等の病床整備に併せて、リハビリテーション等の専門性を有する医師や看護師、その他の医療従事者の確保に取り組めます。
- キ 在宅医療等の医療需要の増加に伴い、入院医療から在宅医療への円滑な移行が必要となるため、退院調整に係る人材の育成や相談体制の充実を支援します。

4 高崎・安中構想区域（高崎市、安中市）

将来推計人口

- (1) 高崎・安中構想区域の総人口は、**2020（令和2）年に427,880人でしたが、2045（令和27）年に364,425人まで減少すると推計されています。**
 一方、75歳以上人口は、**2030（令和12）年をピークに減少に転じる見込みですが、2045（令和27）年には再度増加すると推計されています。**
- (2) 高齢化率（65歳以上人口割合）は**2020（令和2）年に29.6%でしたが、2045（令和27）年に38.1%に増加すると見込まれています。**

将来推計人口の推移



〔資料〕 国立社会保障・人口問題研究所
 「日本の地域別将来推計人口（2018年推計）」
 総務省「国勢調査（2020年）」
 ※2020年のグラフには、「年齢不詳」が含まれない

医療資源の状況

(1) 医療施設

高崎・安中構想区域の医療施設数は、**2023（令和5）年4月時点**で病院は**30施設**、有床診療所は**16施設**となっています。

また、同時点で在宅療養支援病院は**13施設**（人口10万対**3.1施設**／県**1.7施設**）、在宅療養支援診療所は**62施設**（人口10万対**14.6施設**／県**13.4施設**）、在宅療養支援歯科診療所は**14施設**（人口10万対**3.3施設**／県**4.2施設**）であり、保健医療計画（在宅医療編）の掲載基準を満たす薬局は**42施設**（人口10万対**9.8施設**／県**8.0施設**）、訪問看護事業所は**28施設**（人口10万対**6.5施設**／県**6.1施設**）となっています。

(2) 医療従事者

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（2020（令和2）年）」によると、人口10万人当たりの医療施設従事医師数は**210.8人**（県**233.8人**）、医療施設従事歯科医師数は**75.5人**（県**72.5人**）、薬局・医療施設従事薬剤師数は**172.5人**（県**175.9人**）となっています。

また、**2022（令和4）年末時点**で、人口10万人当たりの病院に勤務する看護職員数（常勤換算数。以下の職種も同じ。）は**684.4人**（県**799.5人**）、診療所に勤務する看護職員数は**232.6人**（県**194.8人**）、訪問看護事業所に勤務する訪問看護職員数は**38.2人**（県**35.1人**）となっています。

なお、厚生労働省「医療施設調査（2020（令和2）年）」によると、人口10万人当たりの理学療法士数は**80.6人**（県**83.3人**）、作業療法士数は**43.1人**（県**40.4人**）、言語聴覚士数は**17人**（県**14.6人**）となっています。

病床の医療機能別の受療動向推計

- (1) 国の推計によると、2025年における高崎・安中構想区域の入院患者の受療動向は、流出入ともに前橋構想区域との間で多く、次いで、流入は渋川構想区域、流出は富岡構想区域となっています。
- (2) 医療機能別に見ると、流出はすべての医療機能で前橋構想区域との間で多く、流出は、高度急性期から回復期までで前橋構想区域、慢性期は富岡構想区域との間で多くなっています。

2025年の病床の受療動向推計 (人/日)

区分	自足数(※)	流入数	流出数	主な流入元・流出先
高度急性期	163.1	流入 48.9	流出 101.7	前橋(12.5)
				前橋(58.3)、富岡(12.2)
急性期	619.9	流入 141.0	流出 246.6	前橋(40.8)、渋川(25.0)
				前橋(135.8)、富岡(37.7)
回復期	900.4	流入 277.3	流出 242.5	前橋(63.3)、藤岡(44.7)
				前橋(107.0)、藤岡(37.8)
慢性期	727.7	流入 331.6	流出 182.0	前橋(138.8)、渋川(40.9)
				富岡(40.5)、渋川(36.1)
計	2,410.9	流入 798.9	流出 772.8	前橋、渋川
				前橋、富岡

※ 自足数：圏内居住者のうち、圏内の医療機関への入院患者数
 ※※医療需要の流入又は流出が10人/日未満の流出入の状況は、個人情報保護の観点から推計ツール上、表示されない。

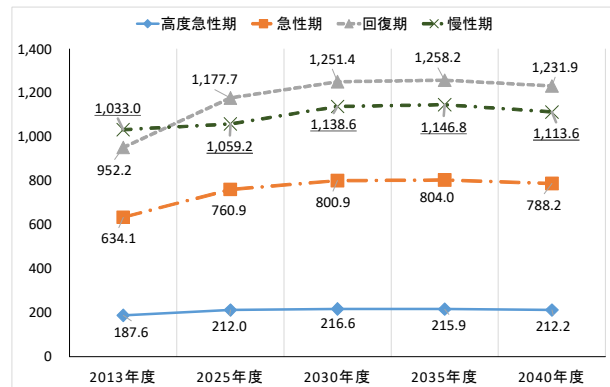
〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

入院医療の需要推計

- (1) 国の推計によると、2025年度までの医療機能別の医療需要は、すべての医療機能で増加します。
 特に、回復期の医療需要の増加率が高く、2013年度と比較すると、23.7%増加する見込みです。
- (2) 2040年度までの医療需要を見ると、高度急性期は2030年度頃にピークを迎えますが急性期から回復期までは2035年度頃の見込みです。

医療需要の推計 (医療機関所在地ベース)

(人/日)

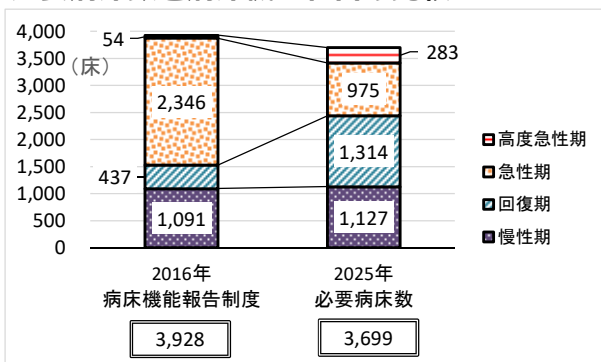


〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

病床の必要量

- (1) 他の構想区域との役割分担を踏まえ、国の推計方法に基づいて推計した2025年の必要病床数は、高度急性期283床、急性期975床、回復期1,314床、慢性期1,127床となり、合計で3,699床となっています。
- (2) 今後は、病床機能報告と比較し、地域で必要となる病床(回復期病床)への転換等によるバランスのとれた病床整備や受け皿となる在宅医療等の充実を図る必要があります。

必要病床数と病床機能報告の比較

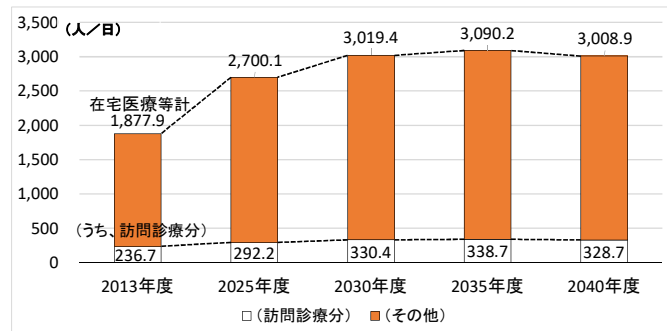


〔資料〕群馬県医務課

在宅医療等の需要推計

- (1) 在宅医療等の医療需要は、2025年度には、2,700.1人/日となり、2013年度と比較すると43.8%増加すると見込まれています。
- (2) ピークである2035年度頃には、2013年度と比較して64.6%増加すると推計されており、2040年度においても医療需要は引き続き高い水準を維持すると見込まれています。

在宅医療等の医療需要の推移（患者住所地ベース）



〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

訪問診療分は国データを基に医務課推計

将来のあるべき医療・介護提供体制を実現するための施策

(1) 病床の機能分化・連携の推進

- ア 高度急性期、急性期医療を担う医療機関が多い一方で、回復期の医療を提供する医療機関が少ないことから、医療機関の自主的な取組とともに、地域医療介護総合確保基金を活用し、回復期の病床への転換等を促進し、バランスのとれた病床整備を推進します。
- イ 慢性期については、在宅医療等を含めた医療需要の増加に対応する必要があることから、今後、在宅医療・介護サービスの充実と慢性期病床から介護老人保健施設や介護医療院への転換を含めた必要な医療機能への転換等を一体的に推進することとします。
- ウ 地域完結型の医療への転換のためには、各医療機関の役割の明確化を図り、医療機関相互が連携し、医療資源の効率的活用に取り組む必要があることから、急性期病院、及び回復期病院の代表者を含めた地域医療構想調整会議での協議等により、各医療機関の役割を明確化し、相互の連携の促進を図ります。
また、医療機関同士の話し合いも含めた自主的な取組を支援します。
- エ 今後、がん、脳卒中、心血管疾患、糖尿病、認知症などで、医療需要の増加が見込まれることから、診療報酬上の地域連携計画作成など連携パスの活用により、病病連携、病診連携の促進を図ります。
- オ 救急においては、三次救急として西毛地域の患者受入に対応するとともに、周産期及び小児医療等においては、藤岡構想区域及び富岡構想区域と連携して、西毛地域で高度医療の提供又は24時間対応できる体制の維持を図ります。

(2) 在宅医療・介護サービスの充実

- ア 在宅医療等の医療需要の増加に対応するため、地域の実情に応じた在宅医療・介護サービスの充実を図る必要があることから、医療・介護サービスの提供体制や医療・介護連携体制の整備を支援します。

- イ 構想区域西部等は、容易に医療機関を利用することができない準無医地区等を有することから、それぞれの地区の実情にも配慮した在宅医療・介護サービスの提供体制のあり方について検討し、対応を図っていく必要があります。
- ウ 高度急性期、急性期、回復期及び慢性期の医療機関がそれぞれの役割を適切に担い、連携して患者の状態に即した円滑な在宅療養への移行を支援する必要があることから、退院支援に係るルール策定及び運用を推進し、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援や在宅患者の急変時の連携体制の整備に係る取組を推進します。
- エ 認知症の増加に対応するために、認知症の患者や家族に対する初期支援を包括的・集中的に行い自立支援のサポートを行う認知症初期集中支援チームの設置及び運営等を支援します。
- オ 在宅医療に移行する患者や家族が、退院後も安心して地域で療養できるよう、在宅医療・介護の普及に取り組みます。

(3) 医療従事者の確保・養成

- ア 2025年度における在宅医療等の医療需要の増加に鑑み、在宅医療を担う医師・訪問看護師等の確保や介護事業者等との連携が課題となっていることから、人材育成や多職種連携に係る取組を積極的に支援します。
- イ 高崎・安中構想区域の在宅における死亡率は、県平均を上回っていますが、在宅で亡くなる方の増加や在宅医療への期待の高まり等により、在宅（介護施設等を含む）での看取りにも対応する医師や訪問看護師等の確保を推進します。
- ウ 認知症患者への適切な医療・介護サービスの提供が求められていることから、かかりつけ医の認知症対応力の向上や認知症サポート医等の養成を支援します。
- エ 認知症や緩和ケア等の高度化・専門化する医療や多様化するニーズに対応した看護サービスを提供するため、認定看護師等の水準の高い看護師や幅広い疾患に対応可能な看護職員の養成を支援します。
- オ 在宅医療等の推進を図っていくため、医師の判断を待たずに、手順書により一定の診療の補助を行うことができる看護師の養成を支援します。
- カ 地域で必要となる回復期等の病床整備に併せて、リハビリテーション等の専門性を有する医師や看護師、その他の医療従事者の確保に取り組みます。
- キ 在宅医療等の医療需要の増加に伴い、入院医療から在宅医療への円滑な移行が必要となるため、退院調整に係る人材の育成や相談体制の充実を支援します。

5 藤岡構想区域（藤岡市、上野村、神流町）

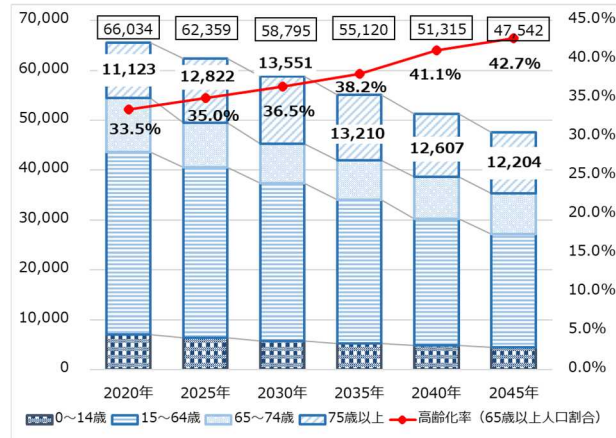
将来推計人口

(1) 藤岡構想区域の総人口は、2020（令和2）年に66,034人でしたが、2045（令和27）年に47,542人まで減少すると推計されています。

一方、75歳以上人口は、引き続き増加傾向ですが、2030（令和12）年頃をピークに減少に転じる見込みです。

(2) 高齢化率（65歳以上人口割合）は2020（令和2）年に33.5%でしたが、2045（令和27）年に42.7%に増加すると見込まれています。

将来推計人口の推移



〔資料〕 国立社会保障・人口問題研究所
 「日本の地域別将来推計人口（2018年推計）」
 総務省「国勢調査（2020年）」
 ※2020年のグラフには、「年齢不詳者」が含まれない

医療資源の状況

(1) 医療施設

藤岡構想区域の医療施設数は、2023（令和5）年4月時点で病院は5施設、有床診療所はありません。

また、同時点で在宅療養支援病院は2施設（人口10万対3.1施設/県1.7施設）、在宅療養支援診療所は12施設（人口10万対18.6施設/県13.4施設）、在宅療養支援歯科診療所は5施設（人口10万対7.7施設/県4.2施設）であり、保健医療計画（在宅医療編）の掲載基準を満たす薬局は5施設（人口10万対7.3施設/県8.0施設）、訪問看護事業所は5施設（人口10万対7.3施設/県6.1施設）となっています。

(2) 医療従事者

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（2020（令和2）年）」によると、人口10万人当たりの医療施設従事医師数は242.3人（県233.8人）、医療施設従事歯科医師数は62.1人（県72.5人）、薬局・医療施設従事薬剤師数は219.6人（県175.9人）となっています。

また、2022（令和4）年末時点で、人口10万人当たりの病院に勤務する看護職員数（常勤換算数。以下の職種も同じ。）は978.9人（県799.5人）、診療所に勤務する看護職員数は147.8人（県194.8人）、訪問看護事業所に勤務する訪問看護職員数は22.5人（県35.1人）となっています。

なお、厚生労働省「医療施設調査（2020（令和2）年）」によると、人口10万人当たりの理学療法士数は124.3人（県83.3人）、作業療法士数は52.5人（県40.4人）、言語聴覚士数は22.3人（県14.6人）となっています。

病床の医療機能別の受療動向推計

(1) 国の推計によると、2025年における藤岡構想区域の入院患者の受療動向は、流入は埼玉県・北部構想区域との間で多く、流出は高崎・安中構想区域との間で多くなっています。

(2) 医療機能別に見ると、流入は高度急性期から回復期までは埼玉県・北部構想区域、慢性期は高崎・安中構想区域との間で多くなっています。

流出は、急性期から慢性期までで高崎・安中構想区域との間で多くなっています。

2025年の病床の受療動向推計 (人/日)

区分	自足数(※)	流入人数	流出人数	主な流入元・流出先
高度急性期	29.6	流入	41.5	埼玉県・北部(26.1)、高崎・安中(10.2)
		流出	15.0	-
急性期	116.5	流入	128.3	埼玉県・北部(77.3)、高崎・安中(35.4)
		流出	34.5	高崎・安中(13.4)
回復期	168.5	流入	127.7	埼玉県・北部(74.4)、高崎・安中(37.8)
		流出	68.3	高崎・安中(44.7)
慢性期	68.1	流入	45.5	高崎・安中(21.4)、埼玉県・北部(16.1)
		流出	53.0	高崎・安中(31.4)
計	382.7	流入	343.0	埼玉県・北部、高崎・安中
		流出	170.7	高崎・安中、前橋

※ 自足数：圏内居住者のうち、圏内の医療機関への入院患者数
 ※※医療需要の流入又は流出が10人/日未満の流出入の状況は、個人情報保護の観点から推計ツール上、表示されない。

[資料] 厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

入院医療の需要推計

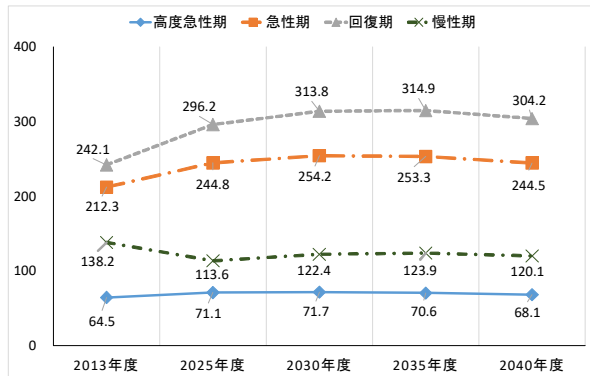
(1) 国の推計によると、2025年度まで医療需要の推計(医療機関所在地ベース)

(人/日)の医療機能別の医療需要は、高度急性期から回復期までで増加します。特に、回復期の医療需要の増加率が高く、2013年度と比較すると、22.3%増加する見込みです。

(2) 2040年度までの医療需要を見ると、高度急性期、急性期は2030年度頃にピークを迎えますが、回復期は2035年度頃になる見込みです。

医療需要の推計(医療機関所在地ベース)

(人/日)



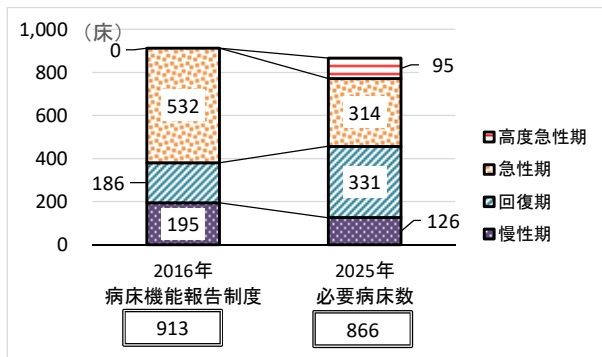
[資料] 厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

病床の必要量

(1) 他の構想区域との役割分担を踏まえ、国の推計方法に基づいて推計した2025年の必要病床数は、高度急性期95床、急性期314床、回復期331床、慢性期126床となり、合計で866床となっています。

(2) 今後は、病床機能報告と比較し、地域で必要となる病床(回復期病床)への転換等によるバランスのとれた病床整備や受け皿となる在宅医療等の充実を図る必要があります。

必要病床数と病床機能報告の比較

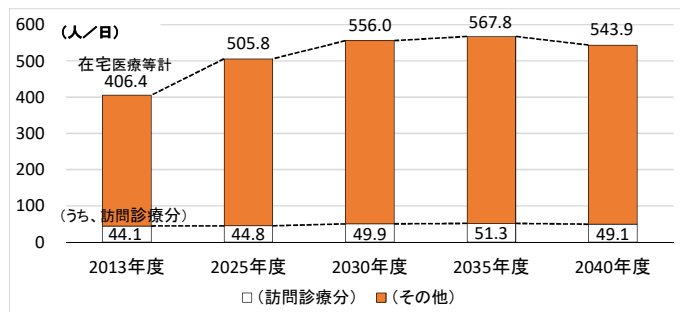


[資料] 群馬県医務課

在宅医療等の需要推計

- (1) 在宅医療等の医療需要は、2025年度には、505.8人/日となり、2013年度と比較すると12.4%増加すると見込まれています。
- (2) ピークである2035年度頃には、2013年度と比較して39.7%増加すると見込まれており、2040年度においても医療需要は引き続き高い水準を維持すると見込まれています。

在宅医療等の医療需要の推移（患者住所地ベース）



〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」
訪問診療分は国データを基に医務課推計

将来のあるべき医療・介護提供体制を実現するための施策

(1) 病床の機能分化・連携の推進

- ア 高度急性期、急性期医療を担う医療機関が多い一方で、回復期の医療を提供する医療機関が少ないことから、医療機関の自主的な取組とともに、地域医療介護総合確保基金を活用し、回復期の病床への転換等を促進し、バランスのとれた病床整備を推進します。
- イ 慢性期については、在宅医療等を含めた医療需要の増加に対応する必要があることから、今後、在宅医療・介護サービスの充実と慢性期病床から介護老人保健施設や介護医療院への転換を含めた必要な医療機能への転換等を一体的に推進することとします。
- ウ 地域完結型の医療への転換のためには、各医療機関の役割の明確化を図り、医療機関相互が連携し、医療資源の効率的活用に取り組む必要があることから、急性期病院、及び回復期病院の代表者を含めた地域医療構想調整会議での協議等により、各医療機関の役割を明確化し、相互の連携の促進を図ります。
また、医療機関同士の話し合いも含めた自主的な取組を支援します。
- エ 今後、がん、脳卒中、心血管疾患、糖尿病、認知症などで、医療需要の増加が見込まれることから、診療報酬上の地域連携計画作成など連携パスの活用により、病病連携、病診連携の促進を図ります。
- オ 周産期、小児医療においては、高崎・安中構想区域及び富岡構想区域と連携して、西毛地域で高度医療の提供又は24時間対応できる体制の維持を図ります。
- カ 本構想区域の特徴として、埼玉県北部から流入する医療需要があることから、両県関係保健所を通じて、引き続き連携を図ります。

(2) 在宅医療・介護サービスの充実

- ア 在宅医療等の医療需要の増加に対応するため、地域の実情に応じた在宅医療・介護サービスの充実を図る必要があることから、医療・介護サービスの提供体制や医療・介護連携体制の整備を支援します。

- イ 構想区域南部等は、容易に医療機関を利用することができない準無医地区等を有することから、それぞれの地区の実情にも配慮した在宅医療・介護サービスの提供体制のあり方について検討し、対応を図っていく必要があります。
- ウ 高度急性期、急性期、回復期及び慢性期の医療機関がそれぞれの役割を適切に担い、連携して患者の状態に即した円滑な在宅療養への移行を支援する必要があることから、退院支援に係るルール策定及び運用を推進し、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援や在宅患者の急変時の連携体制の整備に係る取組を推進します。
- エ 認知症の増加に対応するために、認知症の患者や家族に対する初期支援を包括的・集中的に行い自立支援のサポートを行う認知症初期集中支援チームの設置及び運営等を支援します。
- オ 在宅医療に移行する患者や家族が、退院後も安心して地域で療養できるよう、在宅医療・介護の普及に取り組みます。

(3) 医療従事者の確保・養成

- ア 2025年度における在宅医療等の医療需要の増加に鑑み、在宅医療を担う医師・訪問看護師等の確保や介護事業者等との連携が課題となっていることから、人材育成や多職種連携に係る取組を積極的に支援します。
- イ 藤岡構想区域の在宅における死亡率は、県平均を上回っていますが、在宅で亡くなる方の増加や在宅医療への期待の高まり等により、在宅（介護施設等を含む）での看取りにも対応する医師や訪問看護師等の確保を推進します。
- ウ 認知症患者への適切な医療・介護サービスの提供が求められていることから、かかりつけ医の認知症対応力の向上や認知症サポート医等の養成を支援します。
- エ 認知症や緩和ケア等の高度化・専門化する医療や多様化するニーズに対応した看護サービスを提供するため、認定看護師等の水準の高い看護師や幅広い疾患に対応可能な看護職員の養成を支援します。
- オ 在宅医療等の推進を図っていくため、医師の判断を待たずに、手順書により一定の診療の補助を行うことができる看護師の養成を支援します。
- カ 地域で必要となる回復期等の病床整備に併せて、リハビリテーション等の専門性を有する医師や看護師、その他の医療従事者の確保に取り組みます。
- キ 在宅医療等の医療需要の増加に伴い、入院医療から在宅医療への円滑な移行が必要となるため、退院調整に係る人材の育成や相談体制の充実を支援します。

6 富岡構想区域（富岡市、下仁田町、南牧村、甘楽町）

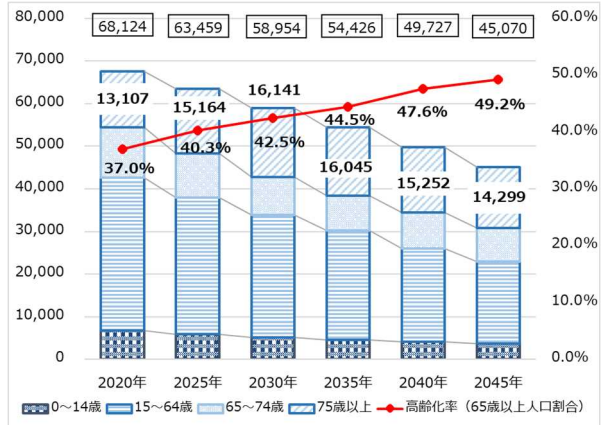
将来推計人口

(1) 富岡構想区域の総人口は、2020（令和2）年に68,124人でしたが、2045（令和27）年に45,070人まで減少すると推計されています。

一方、75歳以上人口は、引き続き増加傾向ですが、2030（令和12）年頃をピークに減少に転じる見込みです。

(2) 高齢化率（65歳以上人口割合）は2020（令和2）年に37%でしたが、2045（令和27）年に49.2%に増加すると見込まれています。

将来推計人口の推移



〔資料〕 国立社会保障・人口問題研究所
 「日本の地域別将来推計人口（2018年推計）」
 総務省「国勢調査（2020年）」
 ※2020年のグラフには、「年齢不詳者」が含まれない

医療資源の状況

(1) 医療施設

富岡構想区域の医療施設数は、2023（令和5）年4月時点で病院は4施設、有床診療所は1施設となっています。

また、同時点で在宅療養支援病院は1施設（人口10万対1.5施設/県1.7施設）、在宅療養支援診療所は13施設（人口10万対19.7施設/県13.4施設）、在宅療養支援歯科診療所は3施設（人口10万対4.6施設/県4.2施設）であり、保健医療計画（在宅医療編）の掲載基準を満たす薬局は1施設（人口10万対1.4施設/県8.0施設）、訪問看護事業所は4施設（人口10万対5.6施設/県6.1施設）となっています。

(2) 医療従事者

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（2020（令和2）年）」によると、人口10万人当たりの医療施設従事医師数は227.5人（県233.8人）、医療施設従事歯科医師数は58.7人（県72.5人）、薬局・医療施設従事薬剤師数は167.3人（県175.9人）となっています。

また、2022（令和4）年末時点で、人口10万人当たりの病院に勤務する看護職員数（常勤換算数。以下の職種も同じ。）は900.8人（県799.5人）、診療所に勤務する看護職員数は207.6人（県194.8人）、訪問看護事業所に勤務する訪問看護職員数は23.8人（県35.1人）となっています。

なお、厚生労働省「医療施設調査（2020（令和2）年）」によると、人口10万人当たりの理学療法士数は60.3人（県83.3人）、作業療法士数は67.5人（県40.4人）、言語聴覚士数は16.3人（県14.6人）となっています。

病床の医療機能別の受療動向推計

- (1) 国の推計によると、2025年における富岡構想区域の入院患者の受療動向は、流出入ともに高崎・安中構想区域との間で多く、次いで、流入は藤岡構想区域、流出は前橋構想区域となっています。
- (2) 医療機能別に見ると、流入は高度急性期から慢性期まで、流出は急性期から慢性期までで高崎・安中構想区域との間で流出入が多くなっています。

2025年の病床の受療動向推計 (人/日)

区分	自足数(※)	流出数	流入数	主な流入元・流出先
高度急性期	29.5	流出 14.6	流入 12.9	高崎・安中(12.2)
急性期	99.0	流出 45.5	流入 28.8	高崎・安中(37.7)
回復期	119.4	流出 45.7	流入 28.9	高崎・安中(14.3)
慢性期	231.4	流出 52.0	流入 24.1	高崎・安中(40.5)
計	479.3	流出 157.7	流入 94.7	高崎・安中、藤岡、高崎・安中、前橋

※ 自足数：圏内居住者のうち、圏内の医療機関への入院患者数
 ※※医療需要の流入又は流出が10人/日未満の流出入の状況は、個人情報保護の観点から推計ツール上、表示されない。

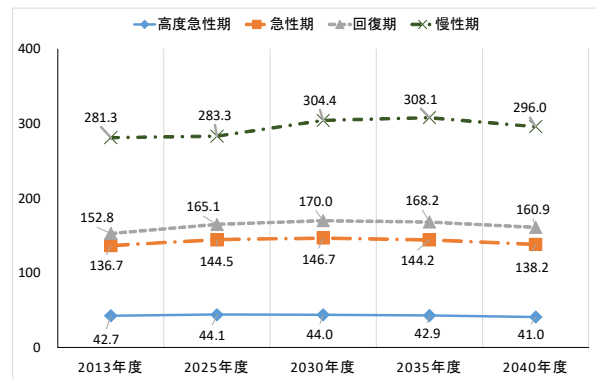
[資料] 厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

入院医療の需要推計

- (1) 国の推計によると、2025年度までの医療機能別の医療需要は、すべての機能で増加します。
 特に、回復期の医療需要の増加率が高く、平成25年度(2013年度)と比較すると、8.0%増加する見込みです。
- (2) 2040年度までの医療需要をみると、高度急性期は2025年頃、急性期から回復期までは2030年度頃、慢性期は2035年頃にピークを迎える見込みです。

医療需要の推計 (医療機関所在地ベース)

(人/日)

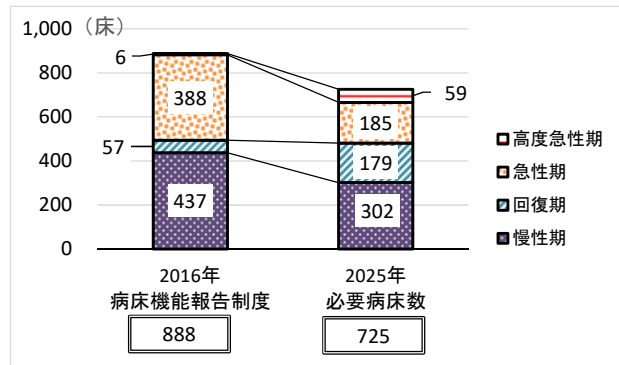


[資料] 厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

病床の必要量

- (1) 他の構想区域との役割分担を踏まえ、国の推計方法に基づいて推計した2025年の必要病床数は、高度急性期59床、急性期185床、回復期179床、慢性期302床となり、合計で725床となっています。
- (2) 今後は、病床機能報告と比較し、地域で必要となる病床(回復期病床)への転換等によるバランスのとれた病床整備や受け皿となる在宅医療等の充実を図る必要| があります。

必要病床数と病床機能報告の比較

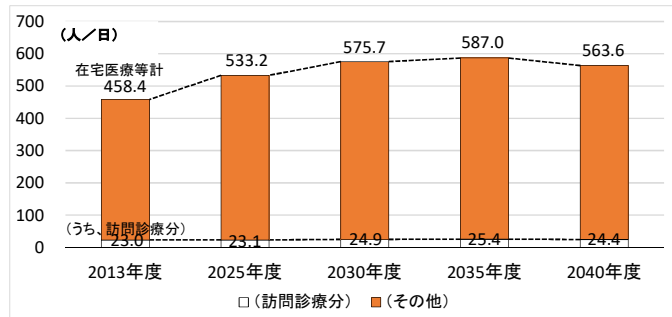


[資料] 群馬県医務課

在宅医療等の需要推計

- (1) 在宅医療等の医療需要は、2025年度には、533.2人/日となり、2013年度と比較すると16.3%増加すると見込まれています。
- (2) ピークである2035年度頃には、2013年度と比較して28.0%増加すると見込まれており、2040年度においても医療需要は引き続き高い水準を維持すると見込まれています。

在宅医療等の医療需要の推移（患者住所地ベース）



〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」
訪問診療分は国データを基に医務課推計

将来のあるべき医療・介護提供体制を実現するための施策

(1) 病床の機能分化・連携の推進

- ア 高度急性期、急性期医療を担う医療機関が多い一方で、回復期の医療を提供する医療機関が少ないことから、医療機関の自主的な取組とともに、地域医療介護総合確保基金を活用し、回復期の病床への転換等を促進し、バランスのとれた病床整備を推進します。
- イ 慢性期については、在宅医療等を含めた医療需要の増加に対応する必要があることから、今後、在宅医療・介護サービスの充実と慢性期病床から介護老人保健施設や介護医療院への転換を含めた必要な医療機能への転換等を一体的に推進することとします。
- ウ 地域完結型の医療への転換のためには、各医療機関の役割の明確化を図り、医療機関相互が連携し、医療資源の効率的活用に取り組む必要があることから、すべての病院の代表者を含めた地域医療構想調整会議での協議等により、各医療機関の役割を明確化し、相互の連携の促進を図ります。
また、医療機関同士の話し合いも含めた自主的な取組を支援します。
- エ 今後、がん、脳卒中、心血管疾患、糖尿病、認知症などで、医療需要の増加が見込まれることから、診療報酬上の地域連携計画作成など連携パスの活用により、病病連携、病診連携の促進を図ります。
- オ 周産期、小児医療等においては、高崎・安中構想区域及び藤岡構想区域と連携し、西毛地域で高度医療の提供又は24時間対応できる体制の維持を図ります。

(2) 在宅医療・介護サービスの充実

- ア 在宅医療等の医療需要の増加に対応するため、地域の実情に応じた在宅医療・介護サービスの充実を図る必要があることから、医療・介護サービスの提供体制や医療・介護連携体制の整備を支援します。

- イ 構想区域西部等は、容易に医療機関を利用することができない準無医地区等を有することから、それぞれの地区の実情にも配慮した在宅医療・介護サービスの提供体制のあり方について検討し、対応を図っていく必要があります。
- ウ 高度急性期、急性期、回復期及び慢性期の医療機関がそれぞれの役割を適切に担い、連携して患者の状態に即した円滑な在宅療養への移行を支援する必要があることから、退院支援に係るルール策定及び運用を推進し、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援や在宅患者の急変時の連携体制の整備に係る取組を推進します。
- エ 認知症の増加に対応するために、認知症の患者や家族に対する初期支援を包括的・集中的に行い自立支援のサポートを行う認知症初期集中支援チームの設置及び運営等を支援します。
- オ 在宅医療に移行する患者や家族が、退院後も安心して地域で療養できるよう、在宅医療・介護の普及に取り組みます。

(3) 医療従事者の確保・養成

- ア 2025年度における在宅医療等の医療需要の増加に鑑み、在宅医療を担う医師・訪問看護師等の確保や介護事業者等との連携が課題となっていることから、人材育成や多職種連携に係る取組を積極的に支援します。
- イ 富岡構想区域の在宅における死亡率は、県平均を下回っていますが、在宅で亡くなる方の増加や在宅医療への期待の高まり等により、在宅（介護施設等を含む）での看取りにも対応する医師や訪問看護師等の確保を推進します。
- ウ 認知症患者への適切な医療・介護サービスの提供が求められていることから、かかりつけ医の認知症対応力の向上や認知症サポート医等の養成を支援します。
- エ 認知症や緩和ケア等の高度化・専門化する医療や多様化するニーズに対応した看護サービスを提供するため、認定看護師等の水準の高い看護師や幅広い疾患に対応可能な看護職員の養成を支援します。
- オ 在宅医療等の推進を図っていくため、医師の判断を待たずに、手順書により一定の診療の補助を行うことができる看護師の養成を支援します。
- カ 地域で必要となる回復期等の病床整備に併せて、リハビリテーション等の専門性を有する医師や看護師、その他の医療従事者の確保に取り組みます。
- キ 在宅医療等の医療需要の増加に伴い、入院医療から在宅医療への円滑な移行が必要となるため、退院調整に係る人材の育成や相談体制の充実を支援します。

7 吾妻構想区域（中之条町、長野原町、嬭恋村、草津町、高山村、東吾妻町）

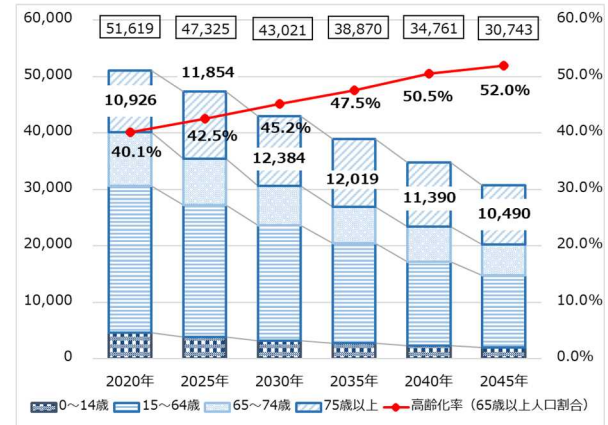
将来推計人口

(1) 吾妻構想区域の総人口は、2020（令和2）年に51,619人でしたが、2045（令和27）年に30,743人まで減少すると推計されています。

一方、75歳以上人口は、引き続き増加傾向ですが、2030（令和12）年頃をピークに減少に転じる見込みです。

(2) 高齢化率（65歳以上人口割合）は2020（令和2）年に40.1%でしたが、2045（令和27）年に52%に増加すると見込まれています。

将来推計人口の推移



〔資料〕 国立社会保障・人口問題研究所
「日本の地域別将来推計人口（2018年推計）」
総務省「国勢調査（2020年）」
※2020年のグラフには、「年齢不詳者」が含まれない

医療資源の状況

(1) 医療施設

吾妻構想区域の医療施設数は、2023（令和5）4月時点で病院は9施設、有床診療所は2施設となっています。

また、同時点で在宅療養支援病院は4施設（人口10万対8施設/県1.7施設）、在宅療養支援診療所は1施設（人口10万対2施設/県13.4施設）、在宅療養支援歯科診療所は2施設（人口10万対4施設/県4.2施設）であり、保健医療計画（在宅医療編）の掲載基準を満たす薬局は6施設（人口10万対10.8施設/県8.0施設）、訪問看護事業所は3施設（人口10万対5.4施設/県6.1施設）となっています。

(2) 医療従事者

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（2020（令和2）年）」によると、人口10万人当たりの医療施設従事医師数は149.2人（県233.8人）、医療施設従事歯科医師数は44.6人（県72.5人）、薬局・医療施設従事薬剤師数は120.1人（県175.9人）となっています。

また、2022（令和4）年末時点で、人口10万人当たりの病院に勤務する看護職員数（常勤換算数。以下の職種も同じ。）は999.6人（県799.5人）、診療所に勤務する看護職員数は115.2人（県194.8人）、訪問看護事業所に勤務する訪問看護職員数は39人（県35.1人）となっています。

なお、厚生労働省「医療施設調査（2020（令和2）年）」によると、人口10万人当たりの理学療法士数は156.5人（県83.3人）、作業療法士数は102.1人（県40.4人）、言語聴覚士数は33.3人（県14.6人）となっています。

病床の医療機能別の受療動向推計

- (1) 国の推計によると、2025年における吾妻構想区域の入院患者の受療動向は、流入は渋川構想区域との間で多く、流出は沼田構想区域との間で多くなっています。
- (2) 医療機能別に見ると、流入は回復期では沼田構想区域との間で多く、流出は、高度急性期から回復期までは前橋構想区域、慢性期は沼田構想区域との間で多くなっています。

2025年の病床の受療動向推計 (人/日)

区分	自足数(※)	流出入数	主な流入元・流出先
高度急性期	11.8	流入 - 流出 25.4	前橋(10.7)
急性期	74.2	流入 - 流出 63.8	前橋(21.4)、沼田(17.0)
回復期	143.8	流入 126.6 流出 50.3	沼田(33.6)、前橋(27.1) 前橋(15.3)、渋川(10.5)
慢性期	108.0	流入 41.6 流出 33.4	沼田(10.6)、渋川(10.2)
計	337.8	流入 168.2 流出 173.0	渋川、沼田 沼田、高崎・安中

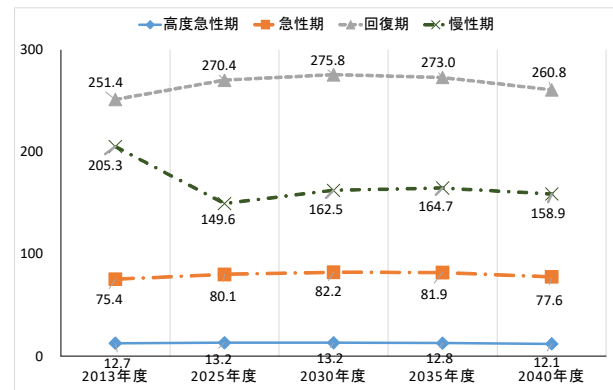
※ 自足数：圏内居住者のうち、圏内の医療機関への入院患者数
 ※※医療需要の流入又は流出が10人/日未満の流出入の状況は、個人情報保護の観点から推計ツール上、表示されない。

[資料] 厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

入院医療の需要推計

- (1) 国の推計によると、2025年度までの医療機能別の医療需要は、慢性期は減少しますが、それ以外の医療機能についてはほぼ横ばいで推移することが見込まれています。
- (2) 2040年度までの医療需要を見ると、高度急性期から回復期までは2030年度頃にピークを迎える見込みです。

医療需要の推計 (医療機関所在地ベース)

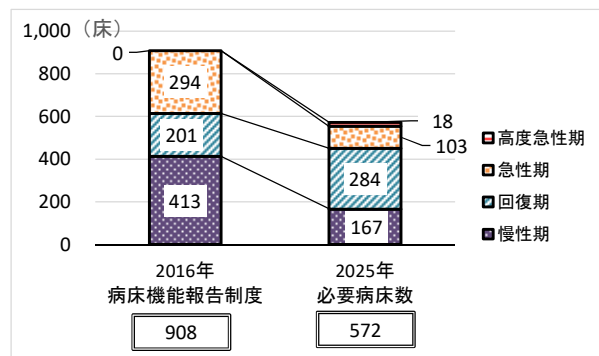


[資料] 厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

病床の必要量

- (1) 他の構想区域との役割分担を踏まえ、国の推計方法に基づいて推計した2025年の必要病床数は、高度急性期18床、急性期103床、回復期284床、慢性期167床となり、合計で572床となっています。
- (2) 今後は、病床機能報告と比較し、地域で必要となる病床（回復期病床）への転換等によるバランスのとれた病床整備や受け皿となる在宅医療等の充実を図る必要があります。

必要病床数と病床機能報告の比較

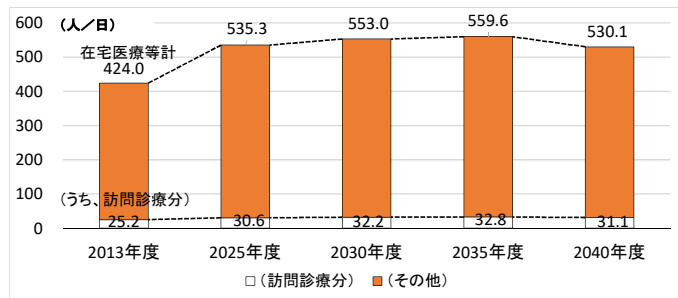


[資料] 群馬県医務課

在宅医療等の需要推計

- (1) 在宅医療等の医療需要は、2025年度には、535.3人/日となり、2013年度と比較すると26.2%増加すると見込まれています。
- (2) ピークである2035年度頃には、2013年度と比較して32.0%増加すると見込まれており、2040年度においても現状以上に医療需要があると見込まれています。

在宅医療等の医療需要の推移（患者住所地ベース）



〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」
訪問診療分は国データを基に医務課推計

将来のあるべき医療・介護提供体制を実現するための施策

(1) 病床の機能分化・連携の推進

- ア 急性期医療を担う医療機関が多い一方で、回復期の医療を提供する医療機関が少ないことから、医療機関の自主的な取組とともに、地域医療介護総合確保基金を活用し、回復期の病床への転換等を促進し、バランスのとれた病床整備を推進します。
- イ 慢性期については、在宅医療等を含めた医療需要の増加に対応する必要があることから、今後、在宅医療・介護サービスの充実と慢性期病床から介護老人保健施設や介護医療院への転換を含めた必要な医療機能への転換等を一体的に推進することとします。
- ウ 地域完結型の医療への転換のためには、各医療機関の役割の明確化を図り、医療機関相互が連携し、医療資源の効率的活用に取り組む必要があることから、すべての病院、救急を受け入れる有床診療所の代表者を含めた地域医療構想調整会議での協議等により、各医療機関の役割を明確化し、相互の連携の促進を図ります。
また、医療機関同士の話し合いも含めた自主的な取組を支援します。
- エ 今後、がん、脳卒中、心血管疾患、糖尿病、認知症などで、医療需要の増加が見込まれることから、診療報酬上の地域連携計画作成など連携パスの活用により、病病連携、病診連携の促進を図ります。
- オ 救急、周産期及び小児医療等において、渋川構想区域など近隣の構想区域や前橋構想区域と連携して、24時間対応できる体制の維持等を図ります。

(2) 在宅医療・介護サービスの充実

- ア 在宅医療等の医療需要の増加に対応するため、地域の実情に応じた在宅医療・介護サービスの充実を図る必要があることから、医療・介護サービスの提供体制や医療・介護連携体制の整備を支援します。
- イ 嬬恋村及び東吾妻町は、容易に医療機関を利用することができない無医地区又準無医地区を有することから、それぞれの地区の実情にも配慮した在宅医療・介護サービスの提供体制のあり方について検討し、対応を図っていく必要があります。

- ウ 高度急性期、急性期、回復期及び慢性期の医療機関がそれぞれの役割を適切に担い、連携して患者の状態に即した円滑な在宅療養への移行を支援することから、退院支援に係るルールの策定及び運用を推進し、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援や在宅患者の急変時の連携体制の整備に係る取組を推進します。
- エ 認知症の増加に対応するために、認知症の患者や家族に対する初期支援を包括的・集中的に行い自立支援のサポートを行う認知症初期集中支援チームの設置及び運営等を支援します。
- オ 在宅医療に移行する患者や家族が、退院後も安心して地域で療養できるよう、在宅医療・介護の普及に取り組めます。

(3) 医療従事者の確保・養成

- ア 2025年度における在宅医療等の医療需要の増加に鑑み、在宅医療を担う医師・訪問看護師等の確保や介護事業者等との連携が課題となっていることから、人材育成や多職種連携に係る取組を積極的に支援します。
- イ 吾妻構想区域の在宅における死亡率は、県平均を上回っていますが、在宅で亡くなる方の増加や在宅医療への期待の高まり等により、在宅（介護施設等を含む）での看取りにも対応する医師や訪問看護師等の確保を推進します。
- ウ 認知症患者への適切な医療・介護サービスの提供が求められていることから、かかりつけ医の認知症対応力の向上や認知症サポート医等の養成を支援します。
- エ 認知症や緩和ケア等の高度化・専門化する医療や多様化するニーズに対応した看護サービスを提供するため、認定看護師等の水準の高い看護師や幅広い疾患に対応可能な看護職員の養成を支援します。
- オ 在宅医療等の推進を図っていくため、医師の判断を待たずに、手順書により一定の診療の補助を行うことができる看護師の養成を支援します。
- カ 地域で必要となる回復期等の病床整備に併せて、リハビリテーション等の専門性を有する医師や看護師、その他の医療従事者の確保に取り組めます。
- キ 在宅医療等の医療需要の増加に伴い、入院医療から在宅医療への円滑な移行が必要となるため、退院調整に係る人材の育成や相談体制の充実を支援します。

8 沼田構想区域（沼田市、片品村、川場村、昭和村、みなかみ町）

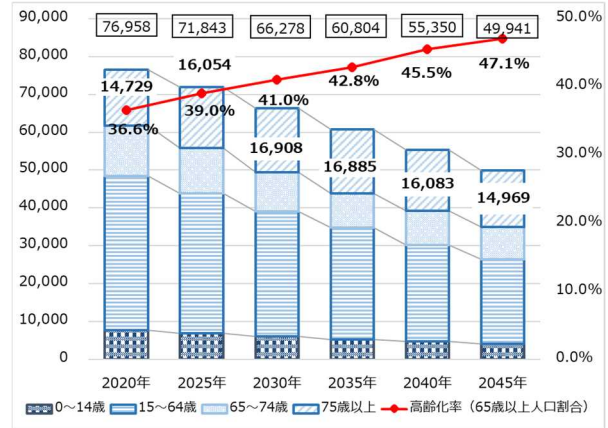
将来推計人口

(1) 沼田構想区域の総人口は、2020(令和2)年に76,958人でしたが、2045(令和27)年に49,941人まで減少すると推計されています。

一方、75歳以上人口は、引き続き増加傾向ですが、2030(令和12)年頃をピークに減少に転じる見込みです。

(2) 高齢化率（65歳以上人口割合）は2020(令和2)年に36.6%でしたが、2045(令和27)年に47.1%に増加すると見込まれています。

将来推計人口の推移



〔資料〕 国立社会保障・人口問題研究所
「日本の地域別将来推計人口（2018年推計）」
総務省「国勢調査（2020年）」
※2020年のグラフには、「年齢不詳者」が含まれない

医療資源の状況

(1) 医療施設

沼田構想区域の医療施設数は、2023(令和5)年4月時点で病院は7施設、有床診療所は3施設となっています。

また、同時点で在宅療養支援病院は3施設（人口10万対4施設/県1.7施設）、在宅療養支援診療所は4施設（人口10万対5.4施設/県13.4施設）、在宅療養支援歯科診療所は2施設（人口10万対2.7施設/県4.2施設）であり、保健医療計画（在宅医療編）の掲載基準を満たす薬局は1施設（人口10万対1.2施設/県8.0施設）、訪問看護事業所は8施設（人口10万対9.7施設/県6.1施設）となっています。

(2) 医療従事者

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（2020(令和2)年）」によると、人口10万人当たりの医療施設従事医師数は204人（県233.8人）、医療施設従事歯科医師数は55.9人（県72.5人）、薬局・医療施設従事薬剤師数は150.7人（県175.9人）となっています。

また、2022(令和4)年末時点で、人口10万人当たりの病院に勤務する看護職員数（常勤換算数。以下の職種も同じ。）は930.4人（県799.5人）、診療所に勤務する看護職員数は170.4人（県194.8人）、訪問看護事業所に勤務する訪問看護職員数は44.9人（県35.1人）となっています。

なお、厚生労働省「医療施設調査（2020(令和2)年）」によると、人口10万人当たりの理学療法士数は202.2人（県83.3人）、作業療法士数は70.4人（県40.4人）、言語聴覚士数は30.5人（県14.6人）となっています。

病床の医療機能別の受療動向推計

- (1) 国の推計によると、2025年における沼田構想区域の入院患者の受療動向は、流入は吾妻構想区域との間で多く、流出は前橋構想区域との間で多くなっています。
- (2) 医療機能別に見ると、流入は急性期及び慢性期は吾妻構想区域との間で多く、流出は、急性期は前橋構想区域、回復期は吾妻構想区域との間で多くなっています。

2025年の病床の受療動向推計 (人/日)

区分	自足数 ^(※)	流出入数	主な流入元・流出先
高度急性期	43.0	流入 - 流出 15.4	-
急性期	203.1	流入 40.9 流出 35.8	吾妻(17.0) 前橋(18.7)
回復期	184.6	流入 31.3 流出 66.5	吾妻(33.6)、前橋(15.2)
慢性期	167.3	流入 44.6 流出 22.6	吾妻(10.6)
計	598.0	流入 116.9 ^(※※) 流出 140.3	吾妻、渋川 前橋、吾妻

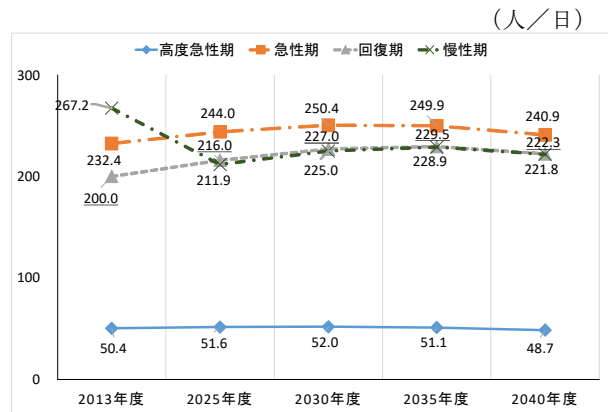
※ 自足数：圏内居住者のうち、圏内の医療機関への入院患者数
 ※※ 流入計は、116.9～117.8までの値
 ※※※医療需要の流入又は流出が10人/日未満の流出入の状況は、個人情報保護の観点から推計ツール上、表示されない。

[資料] 厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

入院医療の需要推計

- (1) 国の推計によると、2025年度までの医療機能別の医療需要は、慢性期では減少しますが、それ以外の医療機能についてはほぼ横ばいで推移すると見込まれています。
- (2) 2040年度までの医療需要を見ると、高度急性期から急性期までは2030年度頃にピークを迎えますが、回復期は2035年度頃になる見込みです。

医療需要の推計 (医療機関所在地ベース) (人/日)

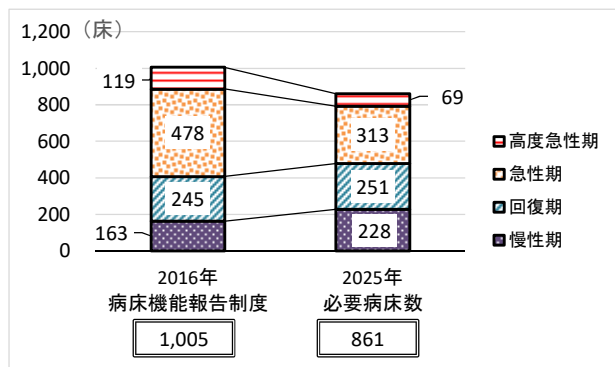


[資料] 厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

病床の必要量

- (1) 他の構想区域との役割分担を踏まえ、国の推計方法に基づいて推計した2025年の必要病床数は、高度急性期 69床、急性期 313床、回復期 251床、慢性期 228床となり、合計で 861床となっています。
- (2) 今後は、病床機能報告と比較し、地域で必要となる病床への転換等によるバランスのとれた病床整備や受け皿となる在宅医療等の充実を図る必要があります。

必要病床数と病床機能報告の比較

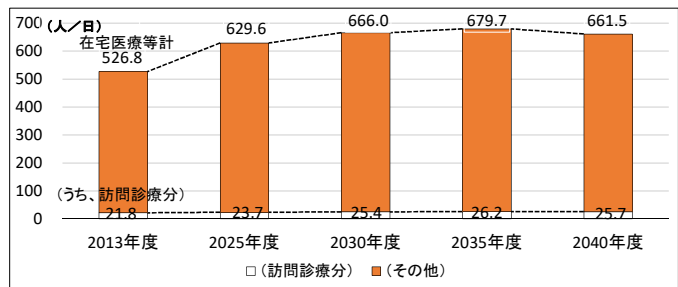


[資料] 群馬県医務課

在宅医療等の需要推計

- (1) 在宅医療等の医療需要は、2025年度には、629.6人/日となり、2013年度と比較すると19.5%増加すると見込まれています。
- (2) ピークである2035年度頃には、2013年度と比較して29.0%増加すると見込まれており、2040年度においても医療需要は引き続き高い水準を維持すると見込まれています。

在宅医療等の医療需要の推移（患者住所地ベース）



〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」
訪問診療分は国データを基に医務課推計

将来のあるべき医療・介護提供体制を実現するための施策

(1) 病床の機能分化・連携の推進

- ア すべての医療機能が既にバランスよく提供されていることから、今後は医療機能ごとの課題について、詳細に検討していく必要があります。
- イ 慢性期については、在宅医療等を含めた医療需要の増加に対応する必要があることから、今後、在宅医療・介護サービスの充実と慢性期病床から介護老人保健施設や介護医療院への転換を含めた必要な医療機能への転換等を一体的に推進することとします。
- ウ 地域完結型の医療への転換のためには、各医療機関の役割の明確化を図り、医療機関相互が連携し、医療資源の効率的活用に取り組む必要があることから、すべての病院の代表者を含めた地域医療構想調整会議での協議等により、各医療機関の役割を明確化し、相互の連携の促進を図ります。
また、医療機関同士の話し合いも含めた自主的な取組を支援します。
- エ 今後、がん、脳卒中、心血管疾患、糖尿病、認知症などで、医療需要の増加が見込まれることから、診療報酬上の地域連携計画作成など連携パスの活用により、病病連携、病診連携の促進を図ります。
- オ 周産期及び小児医療等においては、渋川構想区域と連携して、北毛地域として高度医療の提供又は24時間対応できる体制の維持を図ります。

(2) 在宅医療・介護サービスの充実

- ア 在宅医療等の医療需要の増加に対応するため、広大な面積である構想区域に対応可能な入院医療と在宅医療の連携体制を構築する必要があることから、地域の実情に応じた医療・介護サービスの提供体制及び医療・介護連携体制の整備を支援します。
- イ みなかみ町は、容易に医療機関を利用することができない無医地区及び準無医地区を有することから、それぞれの地区の実情にも配慮した在宅医療・介護サービスの提供体制のあり方について検討し、対応を図っていく必要があります。

- ウ 高度急性期、急性期、回復期及び慢性期の医療機関がそれぞれの役割を適切に担い、連携して患者の状態に即した円滑な在宅療養への移行を支援する必要があることから、退院支援に係るルールの策定及び運用を推進し、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援や在宅患者の急変時の連携体制の整備に係る取組を推進します。
- エ 認知症の増加に対応するために、認知症の患者や家族に対する初期支援を包括的・集中的に行い自立支援のサポートを行う認知症初期集中支援チームの設置及び運営等を支援します。
- オ 在宅医療に移行する患者や家族が、退院後も安心して地域で療養できるよう、在宅医療・介護の普及に取り組めます。

(3) 医療従事者の確保・養成

- ア 2025年度における在宅医療等の医療需要の増加に鑑み、在宅医療を担う医師・訪問看護師等の確保や介護事業者等との連携が課題となっていることから、人材育成や多職種連携に係る取組を積極的に支援します。
- イ 沼田構想区域の在宅における死亡率は、県で一番低い状況となっており、在宅で亡くなる方の増加や在宅医療への期待の高まり等により、在宅（介護施設等を含む）での看取りにも対応する医師や訪問看護師等の確保を推進します。
- ウ 認知症患者への適切な医療・介護サービスの提供が求められていることから、かかりつけ医の認知症対応力の向上や認知症サポート医等の養成を支援します。
- エ 認知症や緩和ケア等の高度化・専門化する医療や多様化するニーズに対応した看護サービスを提供するため、認定看護師等の水準の高い看護師や幅広い疾患に対応可能な看護職員の養成を支援します。
- オ 在宅医療等の推進を図っていくため、医師の判断を待たずに、手順書により一定の診療の補助を行うことができる看護師の養成を支援します。
- カ 地域で必要となる回復期等の病床整備に併せて、リハビリテーション等の専門性を有する医師や看護師、その他の医療従事者の確保に取り組めます。
- キ 在宅医療等の医療需要の増加に伴い、入院医療から在宅医療への円滑な移行が必要となるため、退院調整に係る人材の育成や相談体制の充実を支援します。

9 桐生構想区域（桐生市、みどり市）

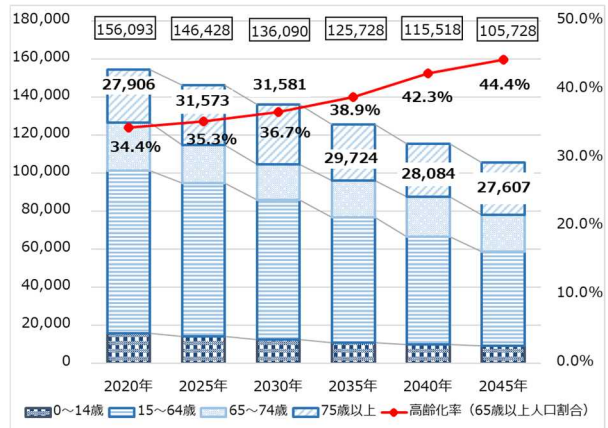
将来推計人口

- (1) 桐生構想区域の総人口は、2020（令和2）年に156,093人でしたが、2045（令和27）年に105,728人まで減少すると推計されています。

一方、75歳以上人口は、引き続き増加傾向ですが、2025（令和7）年頃をピークに減少に転じる見込みです。

- (2) 高齢化率（65歳以上人口割合）は2020（令和2）年に34.4%でしたが、2045（令和27）年に44.4%に増加すると見込まれています。

将来推計人口の推移



〔資料〕 国立社会保障・人口問題研究所
「日本の地域別将来推計人口（2018年推計）」
総務省「国勢調査（2020年）」
※2020年のグラフには、「年齢不詳者」が含まれない

医療資源の状況

(1) 医療施設

桐生構想区域の医療施設数は、2023（令和5）年4月時点で病院は12施設、有床診療所は6施設となっています。

また、同時点で在宅療養支援病院はなく（県の人口10万対は1.7施設）、在宅療養支援診療所は19施設（人口10万対12.5施設/県13.4施設）、在宅療養支援歯科診療所は8施設（人口10万対5.3施設/県4.2施設）であり、保健医療計画（在宅医療編）の掲載基準を満たす薬局は21施設（人口10万対12.8施設/県8.0施設）、訪問看護事業所は11施設（人口10万対6.7施設/県6.1施設）となっています。

(2) 医療従事者

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（2020（令和2）年）」によると、人口10万人当たりの医療施設従事医師数は187.1人（県233.8人）、医療施設従事歯科医師数は84.6人（県72.5人）、薬局・医療施設従事薬剤師数は195.4人（県175.9人）となっています。

また、2022（令和4）年末時点で、人口10万人当たりの病院に勤務する看護職員数（常勤換算数。以下の職種も同じ。）は779.4人（県799.5人）、診療所に勤務する看護職員数は199.2人（県194.8人）、訪問看護事業所に勤務する訪問看護職員数は34.4人（県35.1人）となっています。

なお、厚生労働省「医療施設調査（2020（令和2）年）」によると、人口10万人当たりの理学療法士数は95.1人（県83.3人）、作業療法士数は31.7人（県40.4人）、言語聴覚士数は13.3人（県14.6人）となっています。

病床の医療機能別の受療動向推計

- (1) 国の推計によると、2025年における桐生構想区域の入院患者の受療動向は、流入は太田・館林構想区域との間で多く、流出は前橋構想区域との間で多くなっています。
- (2) 医療機能別に見ると、流入は急性期から慢性期までは太田・館林構想区域との間で多く、流出は高度急性期及び急性期は前橋構想区域、回復期は伊勢崎構想区域、慢性期は太田・館林構想区域との間で多くなっています。

2025年の病床の受療動向推計 (人/日)

区分	自足数(※)	流出入数		主な流入元・流出先
		流入	流出	
高度急性期	60.8	流入	15.5	-
		流出	34.1	前橋(16.4)
急性期	270.0	流入	52.0	太田・館林(22.5)
		流出	79.2	前橋(34.5)、伊勢崎(15.5)
回復期	402.7	流入	63.9	太田・館林(27.0)、栃木県・両毛(11.0)
		流出	86.1	伊勢崎(25.5)、前橋(25.4)
慢性期	269.8	流入	161.4	太田・館林(41.7)、前橋(24.1)
		流出	75.2	太田・館林(26.1)、高崎・安中(11.0)
計	1,003.3	流入	292.8	太田・館林、前橋
		流出	274.6	前橋、太田・館林

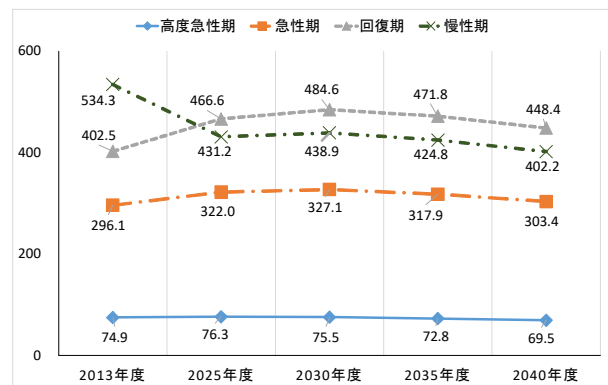
※ 自足数：圏内居住者のうち、圏内の医療機関への入院患者数
 ※※医療需要の流入又は流出が10人/日未満の流出入の状況は、個人情報保護の観点から推計ツール上、表示されない。

[資料] 厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

入院医療の需要推計

- (1) 国の推計によると、2025年度までの医療機能別の医療需要は、高度急性期から回復期までで増加します。特に、回復期の医療需要の増加率が高く、2013年度と比較すると、15.9%増加する見込みです。
- (2) 2040年度までの医療需要を見ると、高度急性期は2025年度頃にピークを迎えますが、急性期から回復期までは2030年度頃になる見込みです。

医療需要の推計 (医療機関所在地ベース) (人/日)

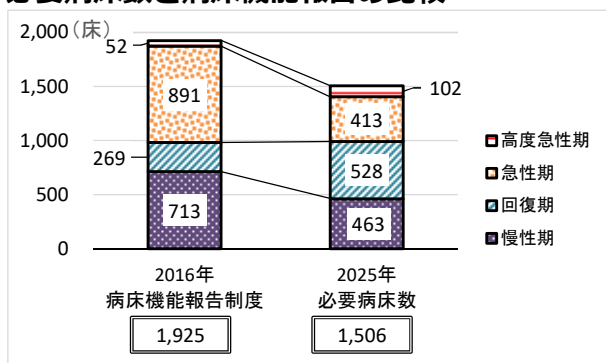


[資料] 厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

病床の必要量

- (1) 他の構想区域との役割分担を踏まえ、国の推計方法に基づいて推計した2025年の必要病床数は、高度急性期102床、急性期413床、回復期528床、慢性期463床となり、合計で1,506床となっています。
- (2) 今後は、病床機能報告と比較し、地域で必要となる病床(回復期病床)への転換等によるバランスのとれた病床整備や受け皿となる在宅医療等の充実を図る必要があります。

必要病床数と病床機能報告の比較

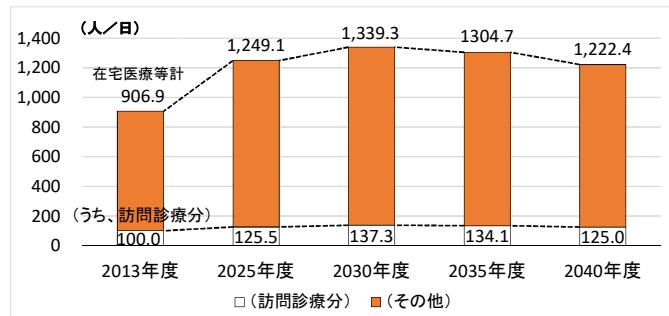


[資料] 群馬県医務課

在宅医療等の需要推計

- (1) 在宅医療等の医療需要は、2025年度には、1,249.1人/日となり、2013年度と比較すると37.7%増加すると見込まれています。
- (2) ピークである2030年度頃には、2013年度と比較して47.6%増加すると見込まれており、2040年度においても現状以上に医療需要があると見込まれています。

在宅医療等の医療需要の推移（患者住所地ベース）



〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」
訪問診療分は国データを基に医務課推計

将来のあるべき医療・介護提供体制を実現するための施策

(1) 病床の機能分化・連携の推進

- ア 急性期医療を担う医療機関が多い一方で、回復期の医療を提供する医療機関が少ないことから、医療機関の自主的な取組とともに、地域医療介護総合確保基金を活用し、回復期の病床への転換等を促進し、バランスのとれた病床整備を推進します。
- イ 慢性期については、在宅医療等を含めた医療需要の増加に対応する必要があることから、今後、在宅医療・介護サービスの充実と慢性期病床から介護老人保健施設や介護医療院への転換を含めた必要な医療機能への転換等を一体的に推進することとします。
- ウ 地域完結型の医療への転換のためには、各医療機関の役割の明確化を図り、医療機関相互が連携し、医療資源の効率的活用に取り組む必要があることから、すべての一般病床及び療養病床をもつ病院の代表者を含めた地域医療構想調整会議での協議等により、各医療機関の役割を明確化し、相互の連携の促進を図ります。
また、医療機関同士の話し合いも含めた自主的な取組を支援します。
- エ 今後、がん、脳卒中、心血管疾患、糖尿病、認知症などで、医療需要の増加が見込まれることから、診療報酬上の地域連携計画作成など連携パスの活用により、病病連携、病診連携の促進を図ります。
- オ 周産期及び小児医療等においては、太田・館林構想区域と連携して、高度医療の提供又は24時間対応できる体制の維持を図ります。

(2) 在宅医療・介護サービスの充実

- ア 在宅医療等の医療需要の増加に対応するために、これまで実施してきた地域医療介護連携拠点事業の成果を踏まえ、地域の実情に応じた、医療・介護サービスの提供体制や医療・介護連携体制の整備を支援します。
- イ 高度急性期、急性期、回復期及び慢性期の医療機関がそれぞれの役割を適切に担い、連携して患者の状態に即した円滑な在宅療養への移行を支援する必要があることから、退院支援に係るルール策定及び運用を推進し、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援や在宅患者の急変時の連携体制の整備に係る取組を推進します。

- ウ 認知症の増加に対応するために、認知症の患者や家族に対する初期支援を包括的・集中的に行い自立支援のサポートを行う認知症初期集中支援チームの設置及び運営等を支援します。
- エ 在宅医療に移行する患者や家族が、退院後も安心して地域で療養できるよう、在宅医療・介護の普及に取り組みます。

(3) 医療従事者の確保・養成

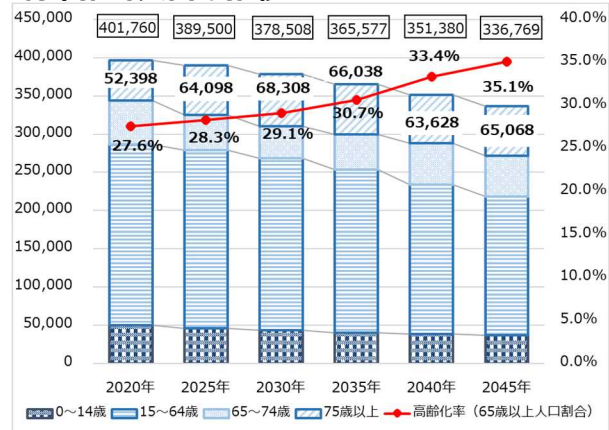
- ア 2025年度における在宅医療等の医療需要の増加に鑑み、在宅医療を担う医師・訪問看護師等の確保や介護事業者等との連携が課題となっていることから、人材育成や多職種連携に係る取組を積極的に支援します。
- イ 桐生構想区域の在宅における死亡率は、県平均を下回っていますが、在宅で亡くなる方の増加や在宅医療への期待の高まり等により、在宅（介護施設等を含む）での看取りにも対応する医師や訪問看護師等の確保を推進します。
- ウ 認知症患者への適切な医療・介護サービスの提供が求められていることから、かかりつけ医の認知症対応力の向上や認知症サポート医等の養成を支援します。
- エ 認知症や緩和ケア等の高度化・専門化する医療や多様化するニーズに対応した看護サービスを提供するため、認定看護師等の水準の高い看護師や幅広い疾患に対応可能な看護職員の養成を支援します。
- オ 在宅医療等の推進を図っていくため、医師の判断を待たずに、手順書により一定の診療の補助を行うことができる看護師の養成を支援します。
- カ 地域で必要となる回復期等の病床整備に併せて、リハビリテーション等の専門性を有する医師や看護師、その他の医療従事者の確保に取り組みます。
- キ 在宅医療等の医療需要の増加に伴い、入院医療から在宅医療への円滑な移行が必要となるため、退院調整に係る人材の育成や相談体制の充実を支援します。

10 太田・館林構想区域 (太田市、館林市、板倉町、明和町、千代田町、大泉町、邑楽町)

将来推計人口

- (1) 太田・館林構想区域の総人口は、**2020 (令和2) 年に401,760人でしたが、2045 (令和27) 年に336,769人まで減少すると推計されています。**
 一方、75歳以上人口は、**2030 (令和12) 年をピークに減少に転じる見込みですが、2045 (令和27) 年には再度増加すると推計されています。**
- (2) 高齢化率 (65歳以上人口割合) は**2020 (令和2) 年に27.6%でしたが、2045 (令和27) 年に35.1%に増加すると見込まれています。**

将来推計人口の推移



〔資料〕 国立社会保障・人口問題研究所
 「日本の地域別将来推計人口 (2018年推計)」
 総務省「国勢調査 (2020年)」
 ※2020年のグラフには、「年齢不詳者」が含まれない

医療資源の状況

(1) 医療施設

太田・館林構想区域の医療施設数は、**2023 (令和5) 年4月時点**で病院は19施設、有床診療所は7施設となっています。

また、同時点で在宅療養支援病院は3施設 (人口10万対**0.8施設/県1.7施設**)、在宅療養支援歯科診療所は**27施設** (人口10万対**6.8施設/県13.4施設**)、在宅療養支援訪問看護事業所は**20施設** (人口10万対**5.0施設/県6.1施設**) となっています。

(2) 医療従事者

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査 (2020 (令和2) 年)」によると、人口10万人当たりの医療施設従事医師数は**152.1人** (県**233.8人**)、医療施設従事歯科医師数は**71.7人** (県**72.5人**)、薬局・医療施設従事薬剤師数は**154.6人** (県**175.9人**) となっています。

また、**2022 (令和4) 年末時点**で、人口10万人当たりの病院に勤務する看護職員師数 (常勤換算数。以下の職種も同じ。) は**557.4人** (県**799.5人**)、診療所に勤務する看護職員師数は**154.3人** (県**194.8人**)、訪問看護事業所に勤務する訪問看護職員数は**18.7人** (県**35.1人**) となっています。

なお、厚生労働省「医療施設調査 (2020 (令和2) 年)」によると、人口10万人当たりの理学療法士数は**52.5人** (県**83.3人**)、作業療法士数は**22.2人** (県**40.4人**)、言語聴覚士数は**7.9人** (県**14.6人**) となっています。

病床の医療機能別の受療動向推計

- (1) 国の推計によると、2025年における太田・館林構想区域の入院患者の受療動向は、流入は栃木県両毛構想区域との間で多く、流出は伊勢崎構想区域との間で多くなっています。
- (2) 医療機能別に見ると、流入はすべての機能で県外の構想区域との間で多いですが、流出は高度急性期及び急性期は栃木県両毛構想区域、回復期及び慢性期は伊勢崎構想区域との間で多くなっています。

2025年の病床の受療動向推計 (人/日)

区分	自足数(※)	流入数	流出数	主な流入元・流出先
高度急性期	131.6	流入	41.6	埼玉県・北部(11.7)
		流出	70.2	栃木県・両毛(16.1)、前橋(11.6)
急性期	499.7	流入	169.2	埼玉県・北部(42.4)、栃木県・両毛(35.3)
		流出	172.2	栃木県・両毛(41.7)、伊勢崎(28.8)
回復期	626.3	流入	210.1	栃木県・両毛(49.1)、埼玉県・北部(47.0)
		流出	184.8	伊勢崎(44.2)、栃木県・両毛(37.3)
慢性期	440.2	流入	155.7	栃木県・両毛(64.1)、桐生(26.1)
		流出	176.1	伊勢崎(83.1)、桐生(41.7)
計	1,697.8	流入	576.6	栃木県・両毛、埼玉県・北部
		流出	603.3	伊勢崎、栃木県・両毛

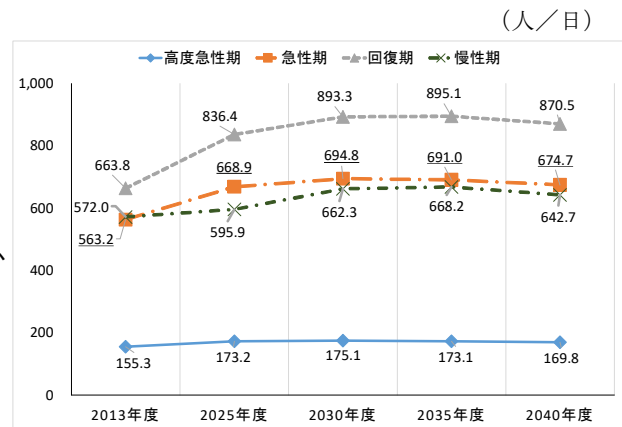
※ 自足数：圏内居住者のうち、圏内の医療機関への入院患者数
 ※※医療需要の流入又は流出が10人/日未満の流出入の状況は、個人情報保護の観点から推計ツール上、表示されない。

〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

入院医療の需要推計

- (1) 国の推計によると、2025年度までの医療機能別の医療需要は、すべての医療機能で増加します。特に、回復期の医療需要の増加率が高く、2013年度と比較すると、26.0%増加する見込みです。
- (2) 2040年度までの医療需要を見ると、高度急性期、急性期は2030年度頃にピークを迎えますが、回復期、慢性期は2035年度頃になる見込みです。

医療需要の推計 (医療機関所在地ベース)

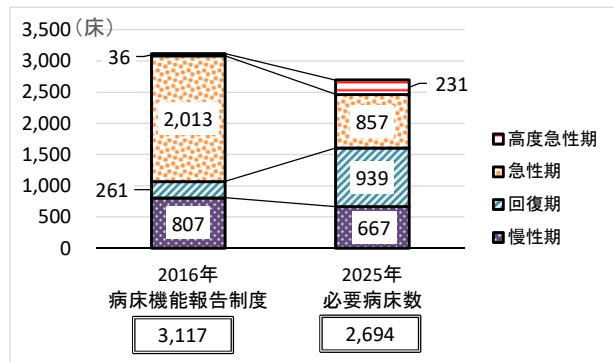


〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

病床の必要量

- (1) 他の構想区域との役割分担を踏まえ、国の推計方法に基づいて推計した2025年の必要病床数は、高度急性期231床、急性期857床、回復期939床、慢性期667床となり、合計で2,694床となっています。
- (2) 今後は、病床機能報告と比較し、地域で必要となる病床(回復期病床)への転換等によるバランスのとれた病床整備や受け皿となる在宅医療等の充実を図る必要があります。

必要病床数と病床機能報告の比較

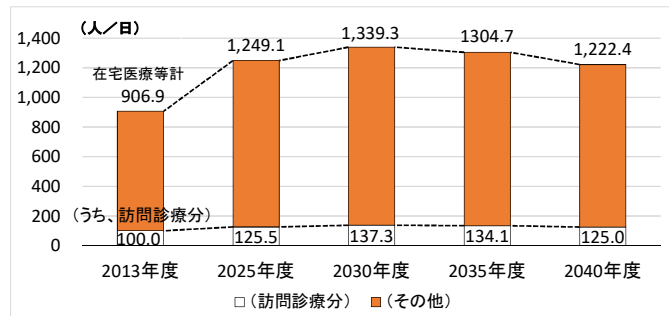


〔資料〕群馬県医務課

在宅医療等の需要推計

- (1) 在宅医療等の医療需要は、2025年度には、2,295.1人/日となり、2013年度と比較すると42.8%増加すると見込まれています。
- (2) ピークである2035年度頃には、2013年度と比較して67.7%増加すると見込まれており、2040年度においても医療需要は引き続き高い水準を維持すると見込まれています

在宅医療等の医療需要の推移（患者住所地ベース）



〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」
訪問診療分は国データを基に医務課推計

将来のあるべき医療・介護提供体制を実現するための施策

(1) 病床の機能分化・連携の推進

- ア 高度急性期、急性期医療を担う医療機関が多い一方で、回復期の医療を提供する医療機関が少ないことから、医療機関の自主的な取組とともに、地域医療介護総合確保基金を活用し、回復期の病床への転換等を促進し、バランスのとれた病床整備を推進します。
- イ 慢性期については、在宅医療等を含めた医療需要の増加に対応する必要があることから、今後、在宅医療・介護サービスの充実と慢性期病床から介護老人保健施設や介護医療院への転換を含めた必要な医療機能への転換等を一体的に推進することとします。
- ウ 地域完結型の医療への転換のためには、各医療機関の役割の明確化を図り、医療機関相互が連携し、医療資源の効率的活用に取り組む必要があることから、急性期病院、及び回復期病院の代表者を含めた地域医療構想調整会議での協議等により、各医療機関の役割を明確化し、相互の連携の促進を図ります。
また、医療機関同士の話し合いも含めた自主的な取組を支援します。
- エ 今後、がん、脳卒中、心血管疾患、糖尿病、認知症などで、医療需要の増加が見込まれることから、診療報酬上の地域連携計画作成など連携パスの活用により、病病連携、病診連携の促進を図ります。
- オ 救急においては、三次救急として東毛地域の患者受入に対応するとともに、周産期及び小児医療等においては、桐生構想区域と連携して、高度医療の提供及び24時間対応できる体制の維持を図ります。

(2) 在宅医療・介護サービスの充実

- ア 在宅医療等の医療需要の増加に対応するために、これまで実施してきた地域医療介護連携拠点事業の成果を踏まえ、地域の実情に応じた、医療・介護サービスの提供体制や医療・介護連携体制の整備を支援します。
- イ 高度急性期、急性期、回復期及び慢性期の医療機関がそれぞれの役割を適切に担い、連携して患者の状態に即した円滑な在宅療養への移行を支援する必要があることから、

退院支援に係るルール策定及び運用を推進し、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援や在宅患者の急変時の連携体制の整備に係る取組を推進します。

- ウ 認知症の増加に対応するために、認知症の患者や家族に対する初期支援を包括的・集中的に行い自立支援のサポートを行う認知症初期集中支援チームの設置及び運営等を支援します。
- エ 在宅医療に移行する患者や家族が、退院後も安心して地域で療養できるよう、在宅医療・介護の普及に取り組みます。

(3) 医療従事者の確保・養成

- ア 2025年度における在宅医療等の医療需要の増加に鑑み、在宅医療を担う医師・訪問看護師等の確保や介護事業者等との連携が課題となっていることから、人材育成や多職種連携に係る取組を積極的に支援します。
- イ 太田・館林構想区域の在宅における死亡率は、県平均を下回っていますが、在宅で亡くなる方の増加や在宅医療への期待の高まり等により、在宅（介護施設等を含む）での看取りにも対応する医師や訪問看護師等の確保を推進します。
- ウ 認知症患者への適切な医療・介護サービスの提供が求められていることから、かかりつけ医の認知症対応力の向上や認知症サポート医等の養成を支援します。
- エ 認知症や緩和ケア等の高度化・専門化する医療や多様化するニーズに対応した看護サービスを提供するため、認定看護師等の水準の高い看護師や幅広い疾患に対応可能な看護職員の養成を支援します。
- オ 在宅医療等の推進を図っていくため、医師の判断を待たずに、手順書により一定の診療の補助を行うことができる看護師の養成を支援します。
- カ 地域で必要となる回復期等の病床整備に併せて、リハビリテーション等の専門性を有する医師や看護師、その他の医療従事者の確保に取り組みます。
- キ 在宅医療等の医療需要の増加に伴い、入院医療から在宅医療への円滑な移行が必要となるため、退院調整に係る人材の育成や相談体制の充実を支援します。

〔参考資料〕

(単位：人)

		国勢調査	地域別将来推計人口				
		2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
前橋 構想区域	0～14歳	36,764	35,417	32,779	30,488	28,869	27,197
	15～64歳	179,561	181,866	172,498	160,966	146,050	134,969
	65～74歳	46,434	41,967	39,413	41,711	45,747	43,995
	75歳以上	49,956	63,490	68,447	68,698	68,484	69,500
	総計	332,149	322,740	313,137	301,863	289,150	275,661
渋川 構想区域	0～14歳	12,841	11,604	10,629	9,733	9,026	8,328
	15～64歳	61,831	57,664	53,768	49,638	44,456	39,977
	65～74歳	17,705	15,407	13,365	13,110	13,875	13,704
	75歳以上	17,567	20,302	22,091	21,844	21,068	20,338
	総計	110,589	104,977	99,853	94,325	88,425	82,347
伊勢崎 構想区域	0～14歳	31,283	28,678	26,897	25,231	24,020	22,784
	15～64歳	148,584	146,352	140,681	132,910	122,160	113,556
	65～74歳	31,816	28,398	27,937	30,786	34,655	34,313
	75歳以上	30,477	37,415	40,614	41,186	42,021	44,071
	総計	247,904	240,843	236,129	230,113	222,856	214,724
高崎・安中 構想区域	0～14歳	51,519	48,095	45,137	42,516	40,766	38,918
	15～64歳	244,761	239,840	230,601	217,928	199,967	186,528
	65～74歳	60,521	50,920	47,928	52,067	58,781	57,736
	75歳以上	64,266	77,236	81,802	80,577	79,646	81,243
	総計	427,880	416,091	405,468	393,088	379,160	364,425
藤岡 構想区域	0～14歳	7,004	6,389	5,786	5,252	4,853	4,452
	15～64歳	36,610	34,140	31,562	28,828	25,354	22,771
	65～74歳	10,892	9,008	7,896	7,830	8,501	8,115
	75歳以上	11,123	12,822	13,551	13,210	12,607	12,204
	総計	66,034	62,359	58,795	55,120	51,315	47,542
富岡 構想区域	0～14歳	6,743	5,924	5,191	4,553	4,070	3,629
	15～64歳	35,811	31,977	28,736	25,663	21,988	19,252
	65～74歳	11,892	10,394	8,886	8,165	8,417	7,890
	75歳以上	13,107	15,164	16,141	16,045	15,252	14,299
	総計	68,124	63,459	58,954	54,426	49,727	45,070
吾妻 構想区域	0～14歳	4,581	3,788	3,199	2,711	2,323	1,969
	15～64歳	26,029	23,416	20,377	17,682	14,881	12,800
	65～74歳	9,544	8,267	7,061	6,458	6,167	5,484
	75歳以上	10,926	11,854	12,384	12,019	11,390	10,490
	総計	51,619	47,325	43,021	38,870	34,761	30,743
沼田 構想区域	0～14歳	7,778	6,985	6,130	5,345	4,740	4,195
	15～64歳	40,742	36,835	32,962	29,415	25,450	22,237
	65～74歳	13,260	11,969	10,278	9,159	9,077	8,540
	75歳以上	14,729	16,054	16,908	16,885	16,083	14,969
	総計	76,958	71,843	66,278	60,804	55,350	49,941
桐生 構想区域	0～14歳	15,877	13,962	12,369	10,975	9,982	9,065
	15～64歳	85,453	80,766	73,730	65,856	56,639	49,766
	65～74歳	25,318	20,127	18,410	19,173	20,813	19,290
	75歳以上	27,906	31,573	31,581	29,724	28,084	27,607
	総計	156,093	146,428	136,090	125,728	115,518	105,728
太田・館林 構想区域	0～14歳	49,914	46,330	43,377	40,653	38,852	36,999
	15～64歳	236,849	232,817	225,024	212,818	195,278	181,675
	65～74歳	56,892	46,255	41,799	46,068	53,622	53,027
	75歳以上	52,398	64,098	68,308	66,038	63,628	65,068
	総計	401,760	389,500	378,508	365,577	351,380	336,769
県計	0～14歳	224,304	207,172	191,494	177,457	167,501	157,536
	15～64歳	1,096,231	1,065,673	1,009,939	941,704	852,223	783,531
	65～74歳	284,274	242,712	222,973	234,527	259,655	252,094
	75歳以上	292,455	350,008	371,827	366,226	358,263	359,789
	総計	1,939,110	1,865,565	1,796,233	1,719,914	1,637,642	1,552,950

※国勢調査（2020年）の年齢不詳者は総計のみに含めた

第6章 外来医療計画

第1節 外来医療計画の概要

外来医療計画の趣旨

外来医療計画は、無床診療所の開設状況が都市部に偏在する地域が見られることから、地域ごとに外来医療機能に関する協議の場を設置して、外来医療機能の地域偏在状況等を可視化し、新規開業者等が開業場所の参考とすることで、その偏在是正を促すものです。

夜間・休日等における救急医療提供体制や在宅医療、産業医などの地域の外来医療機能について、各地域でその維持や充実が課題となっているものもあることから、それらの機能を担うよう、地域における協議を踏まえ新規開業者等に協力を求めることで、地域で不足する外来医療機能の充実を図ることとします。

また、これまで個々の医療機関の自主的な取組に委ねられてきた医療機器の共同利用について、医療機器の種別ごとに共同利用の方針を定めるなど地域ぐるみで取組を進めることで、医療機器の効率的な活用を促進するものです。

2021（令和3）年5月の法改正では外来機能報告等が医療法に位置づけられました。患者にいわゆる大病院志向がある中で、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間の増加や勤務医の外来負担等の課題が生じていることから、患者の流れの円滑化を図るため、医療資源を重点的に活用する外来（以下「紹介受診重点外来」という。）の機能に着目し、当該外来医療を提供する基幹的な役割を担う意向を有する病院又は診療所を、紹介受診重点医療機関として明確化します。

なお、これらの外来医療計画の取組は、医師の開業に係る規制や制限を意図するものではありません。

外来医療に関する協議の場

同法第30条の18の4の規定により、外来医療機能に係る医療提供体制を確保するに当たっては、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者と外来医療機能の偏在・不足等への対応に関する事項等について協議を行う必要があります。そこで、本県ではこれら外来医療に係る医療提供体制に関する協議の場（以下「協議の場」という。）として、二次保健医療圏ごとに設置している地域保健医療対策協議会（兼地域医療構想調整会議）等を活用することとしています。

同規定により定められている協議事項は以下のとおりです。

- （1）外来医師偏在指標によって示される医師の数に関する情報を踏まえた外来医療に係る医療提供体制の状況に関する事項
- （2）外来医療機能報告を踏まえた外来医療を提供する基幹的な病院又は診療所（紹介受診重点医療機関）に関する事項
- （3）（1）、（2）のほか病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進に関する事項
- （4）複数の医師が連携して行う診療の推進に関する事項
- （5）医療提供施設の建物の全部又は一部、設備、器械及び器具の効率的な活用に関する事項
- （6）そのほか外来医療に係る医療提供体制を確保するために必要な事項

第2節 新規開業者への情報提供及び要求

1 外来医師偏在指標

外来医師偏在指標の考え方

外来医療計画では、診療所の偏在状況等の情報を可視化し、新規開業者等が開業場所の参考とすることで、外来医療機能の地域偏在是正を促進することを主眼の一つとしています。この外来医療機能の偏在状況等の可視化にあたり、その実態を反映する指標が必要です。そこで、外来医療サービスの提供主体は医師であり、大半の診療所が医師一人により運営されていることから、医師偏在指標と同様に人口10万人当たり診療所医師数を次の観点から補正した「外来医師偏在指標」を算出することで、診療所の偏在状況を示しています。

(1) 医療ニーズ、人口・人口構成とその変化

外来受療率は地域住民の年齢や性別により異なるため、外来医師偏在指標は、地域住民の人口に、性・年齢階級別の外来受療率で重み付けをする補正を行い、医療ニーズを考慮した指標としています。

(2) 患者の流出入

地域ごとの外来患者の流出入については、都道府県間及び県内での外来患者の流出入に関して、必要に応じて各都道府県で調整を行うこととされています。

今回、厚生労働省から提示された外来患者の流出入データは、「2017（平成29）年患者調査」における病院、一般診療所の外来患者流出入情報について、「レセプト情報・特定健診等情報データベース（2017（平成29）年度）」における診療データの流出入割合に応じて集計したものであり、本県としては、次の観点から、「厚生労働省から提示されたデータを使用し、医療施設所在地ベースで推計する（患者の流出入を全て見込む）」方針としています。

ア 国が提示したデータと比べてより効果的なデータを県で把握していないこと

イ 地域医療構想、医師偏在指標等での他県間調整結果を踏まえ、同じ保健医療計画の中では「県間では患者流出入を全て見込む」との考え方で統一すべきであること

ウ 外来偏在指標は今後3年間を見据えた足下の状況を反映したものであり、現状の受療状況をベースに検討するのが適切であること

なお、病院及び一般診療所における外来患者の流入及び流出が1日2,000人未満の場合は、調整の対象外とされ、同省から提示された患者流出入データをそのまま算定に使用することとされています。

その結果、本県において調整の対象となるのは、外来患者の流入が約2,100人である埼玉県のみとなり、実際に調整について協議を行った結果、両県とも医療施設所在地ベースで県間の患者流出入を見込むことで合意が得られました。

(3) 地理的条件

へき地等に係る外来医療の提供体制の確保については、医師確保計画における医師少数区域及び医師少数スポット等として考慮し、対応を検討することとされています。また、へき地医療拠点病院における医療体制の確保等、診療所の状況だけでなく、関連する施策との整合性を勘案して検討する必要があります。このことから、外来医療偏在指標においては、へき地等の地理的条件は勘案しないこととしています。

(4) 医師の性別・年齢分布

医師偏在指標と同様に、地域ごとの性・年齢階級別の診療所医師数について、性・年齢階級別の平均労働時間により重み付けし、外来医療提供量として比較できるよう調整を行っています。

(5) 医師偏在の単位

ア 区域

外来医療における医療需要は、その多くが学校区単位や市町村単位など、二次保健医療圏より小さな地域で完結していると考えられますが、次の観点も踏まえ、二次保健医療圏単位で外来医師偏在指標を算出することとしています。

- ① これまでの医療提供体制の検討が二次保健医療圏単位を基本として行われており、その整合性を確保する必要があること
- ② 二次保健医療圏単位でないと、外来医療機能の可視化に当たり必要なデータを十分に把握できないこと

イ 病院・診療所

外来医療機能の多くは診療所で提供されており、また病院勤務医の外来勤務と病院勤務を明確に区分するのが困難であること等から、外来医師偏在指標は、診療所医師数をベースとして算定しています。

外来医師偏在指標の算定

前述の考え方にに基づき、各都道府県の外来患者流出入の調整を踏まえて算定された外来医師偏在指標は、次のとおりです。

外来医師偏在指標

$$= \frac{\text{標準化診療所医師数}}{\left(\frac{\text{地域の人口}}{10 \text{ 万}} \times \text{地域の標準化受療率比} \right) \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合}}$$

医療圏	医療施設数		診療所医師数関係		医療需要関係			人口10万		外来医師偏在指標		
	病院	一般診療所	一般診療所 従事医師数	労働時間 調整係数	高齢化率 (R4.10)	外来患者流出 入調整係数	診療所外来患 者数割合	対診療所 医師数	県内 順位	順位		
										県内	全国	
群馬県	127	1582	1661	0.998	31.0%	1.032	76.1%	84.8	—	—	—	—
前橋	20	342	399	0.993	31.4%	1.166	74.6%	119.1	1	133.9	1	26
渋川	10	74	68	1.000	32.8%	0.963	69.1%	60.6	8	87.7	7	244
伊勢崎	11	170	188	0.997	26.3%	1.053	79.6%	75.3	5	94.2	6	204
高崎・安中	30	397	435	0.998	30.2%	1.079	80.7%	101.4	2	115.2	2	78
藤岡	5	47	37	1.018	34.6%	1.158	75.1%	55.1	9	61.0	10	331
富岡	4	62	57	0.992	38.4%	0.971	71.4%	82.2	4	106.6	4	122
吾妻	9	43	24	0.971	41.3%	0.707	61.6%	44.8	10	87.1	8	247
沼田	7	55	51	1.013	37.8%	0.945	63.8%	64.0	7	97.7	5	186
桐生	12	131	140	0.990	35.2%	0.957	76.7%	88.3	3	110.7	3	98
太田・館林	19	261	262	1.008	28.2%	1.034	76.8%	64.8	6	84.8	9	263

※ 外来患者流出入係数 =
$$\frac{\text{外来患者数（患者住所地）} + \text{外来患者流入数} - \text{外来患者流出数}}{\text{外来患者数（患者住所地）}}$$

2 外来医師多数区域

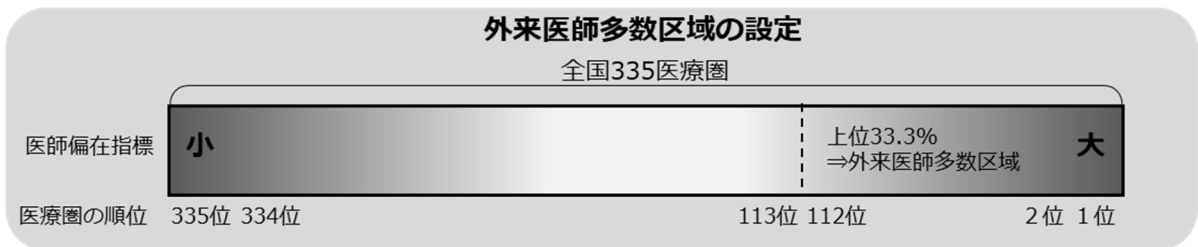
新規開業者等への情報提供及び要求等

厚生労働省等から提供された外来医療機能に関する情報等を用いて、外来医療機能の地域偏在状況を可視化し、新規開業者等への情報提供を行っています。

その上で、外来医師多数区域の新規開業者等には、当該区域で不足する外来医療機能を担うよう協力を求めることとしています。

県内における外来医師多数区域の設定

- (1) 外来医療機能の地域偏在を是正するため、外来医師偏在指標を用いて外来医師多数区域を二次保健医療圏単位で設定しています。医師確保計画の医師多数区域と同様に、全国335箇所の二次保健医療圏のうち、外来医師偏在指標が上位33.3%にあたる112箇所を外来医師多数区域に位置づけることとされています。



なお、外来医療は二次保健医療圏等一定程度の区域単位で完結することから、医師確保計画と異なり、三次保健医療圏（都道府県）単位の外来医師多数区域等の設定は行いません。

- (2) 新規開業者等へ提供する情報について、二次保健医療圏ごとの外来医師偏在指標等を次のとおり整理しました。その他の情報は、次項「3 不足する外来医療機能」に記載しています。また、県ホームページ（[HTTPS://WWW.PREF.GUNMA.JP/](https://www.pref.gunma.jp/)）にこれら情報を掲載しています。
- (3) 患者流入の調整結果を踏まえた、二次保健医療圏単位の外来医師偏在指標の値は次のとおりです。全国平均の指標値は **112.2** であり、県内では前橋保健医療圏、高崎・安中保健医療圏及び桐生保健医療圏が全国の二次保健医療圏の中で上位 33.3%にあたる 112 箇所に該当したので、外来医師多数区域として定めることとします。

二次保健医療圏単位の外来医師偏在指標

ア 県内の外来医師多数区域

全国順位	都道府県名	二次保健医療圏名	外来医師偏在指標
26	群馬県	前橋	133.9
78	群馬県	高崎・安中	115.2
98	群馬県	桐生	110.7
(参考)			
-	全国	全国	112.2

イ 県内の外来医師多数区域以外の区域

全国順位	都道府県名	二次保健医療圏名	外来医師偏在指標
122	群馬県	富岡	106.6
186	群馬県	沼田	97.7
204	群馬県	伊勢崎	94.2
244	群馬県	渋川	87.7
247	群馬県	吾妻	87.1
263	群馬県	太田・館林	84.8
331	群馬県	藤岡	61.0

3 不足する外来医療機能

厚生労働省から提示された外来医療機能に関する情報等を用いて、外来医療機能の地域偏在状況を可視化し、これらの情報を元に、外来医療計画ガイドラインを踏まえ、次の項目について、各二次保健医療圏で不足する外来医療機能を検討、整理しました。各二次保健医療圏における具体的な検討結果は、次ページ以降のとおりです。

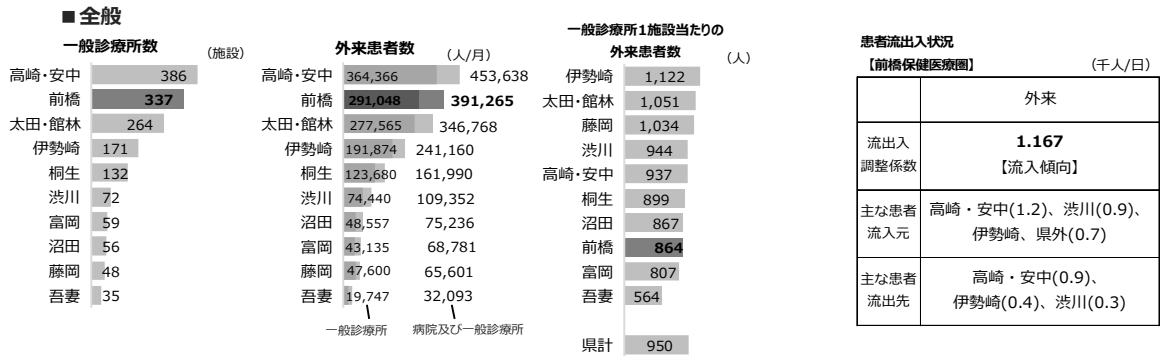
- (1) 夜間や休日等における地域の初期救急医療の提供体制
- (2) 在宅医療の提供体制
- (3) 産業医、学校医、予防接種等の公衆衛生にかかる医療提供体制
- (4) その他の地域医療として対策が必要と考えられる外来医療機能

なお、上記の(1)及び(2)については「第4章第2節1 小児医療の医療連携体制構築の取組」及び「第4章第3節2 在宅医療の医療連携体制構築の取組」において、それぞれ具体的な数値目標が定められています。

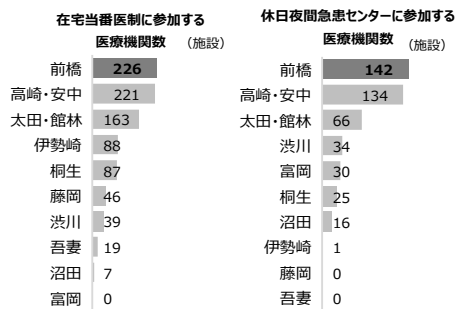
(1) 前橋保健医療圏

外来医療機能の提供状況

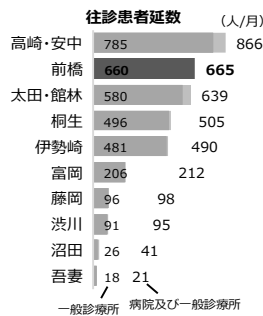
他の区域から外来患者が流入する傾向にあります。在宅当番医制及び休日夜間急患センターに参加している医療機関は県内でも多く、外来医療資源の提供体制は比較的整っているといえます。



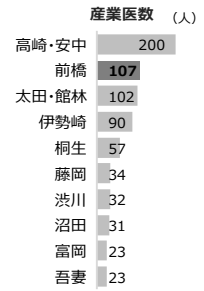
■初期救急関連



■在宅医療関連



■公衆衛生関連



不足する外来医療機能

ア 夜間及び休日等における地域の初期救急医療機能

夜間、休日外来への対応（※将来的に不足することが懸念される）

イ 在宅医療機能

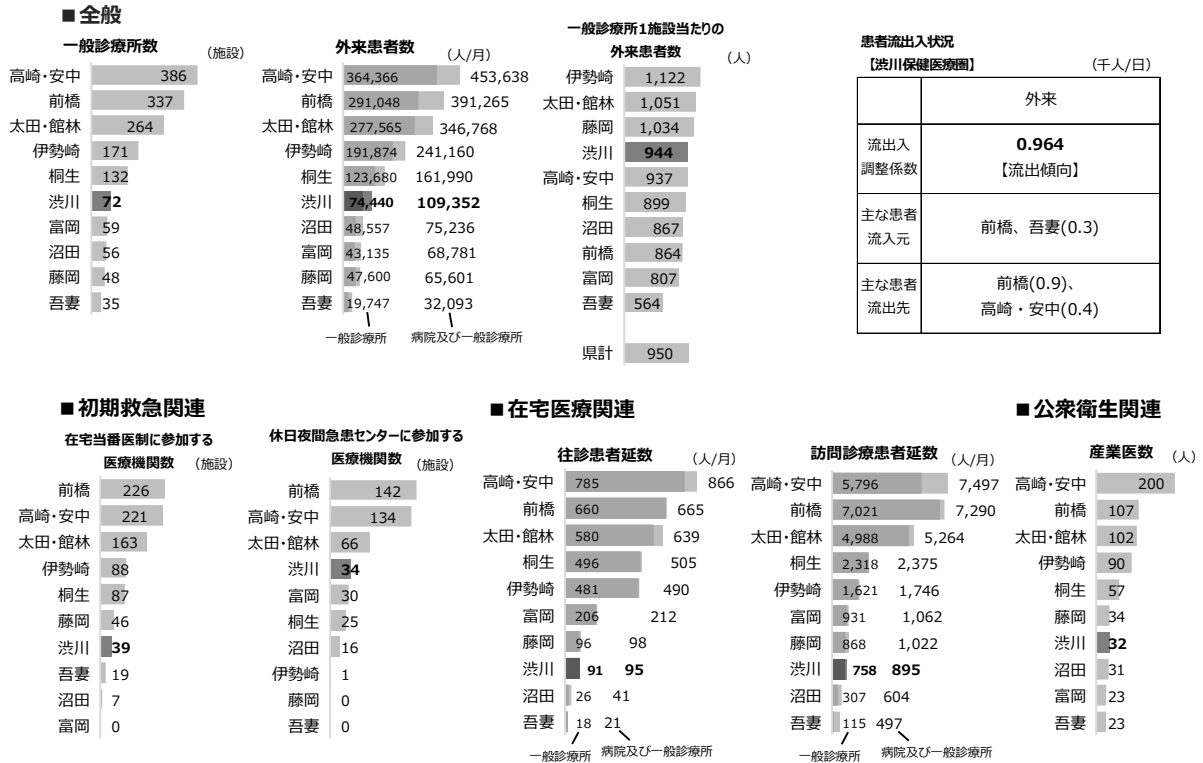
- ① 小児在宅医療への対応
- ② 訪問診療、往診、看取りへの対応（※将来的に不足することが懸念される）

第6章 外来医療計画

(2) 渋川保健医療圏

外来医療機能の提供状況

吾妻保健医療圏から外来患者が流入していますが、前橋、高崎・安中保健医療圏へ流出する外来患者が多く、区域全体では流出傾向にあります。また、一般診療所1施設当たりの外来患者数は県平均程度となっています。



不足する外来医療機能

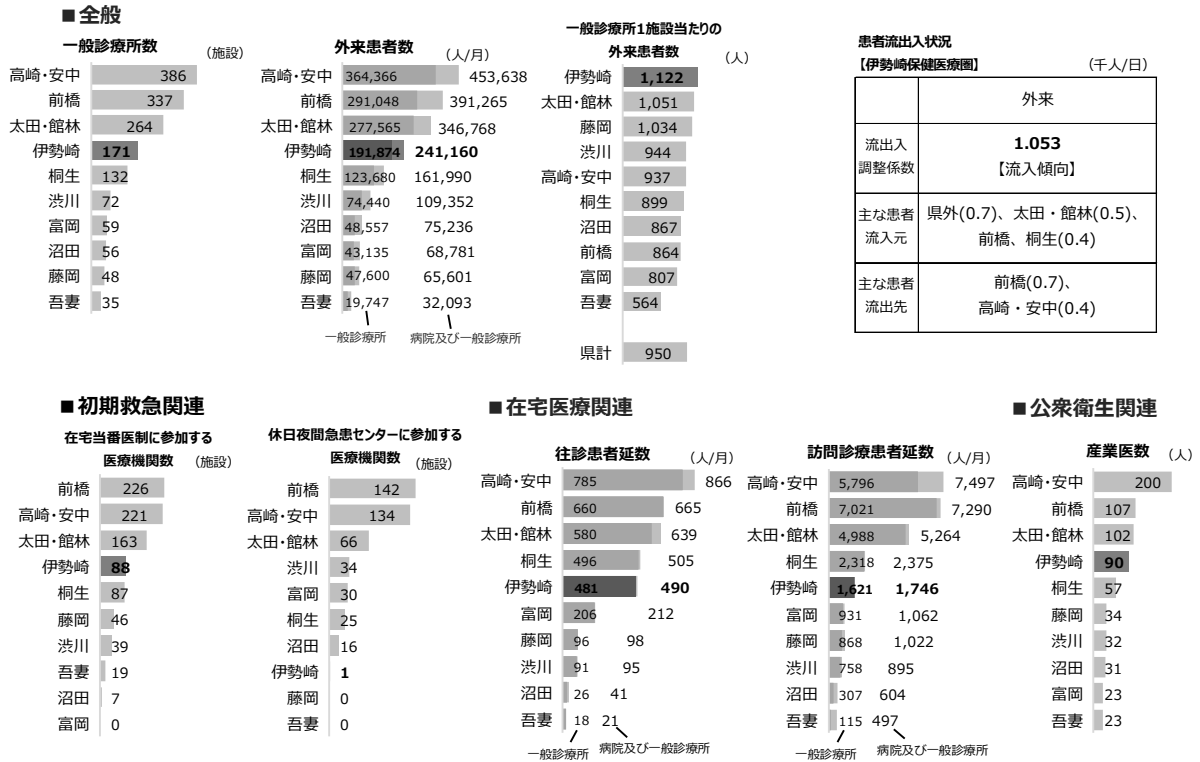
ア 診療科の充実

- ① 外科
- ② 産科（入院医療に繋げるもの）
- ③ 小児科（入院医療に繋げるもの・二次救急への対応）

(3) 伊勢崎保健医療圏

外来医療機能の提供状況

県外及び太田・館林保健医療圏から外来患者が流入し、区域全体では流入傾向にあります。また、一般診療所1施設当たりの外来患者数は県内で最も多くなっています。



不足する外来医療機能

ア 夜間及び休日等における地域の初期救急医療機能

伊勢崎佐波医師会病院での夜間・休日当番への参加

イ 在宅医療機能

- ① 訪問診療及び往診の実施
- ② 介護保険認定審査会・障害者支援区分認定審査会への協力

ウ 公衆衛生医療機能

- ① 産業医 ② 学校医

エ 精神疾患にかかる医療機能

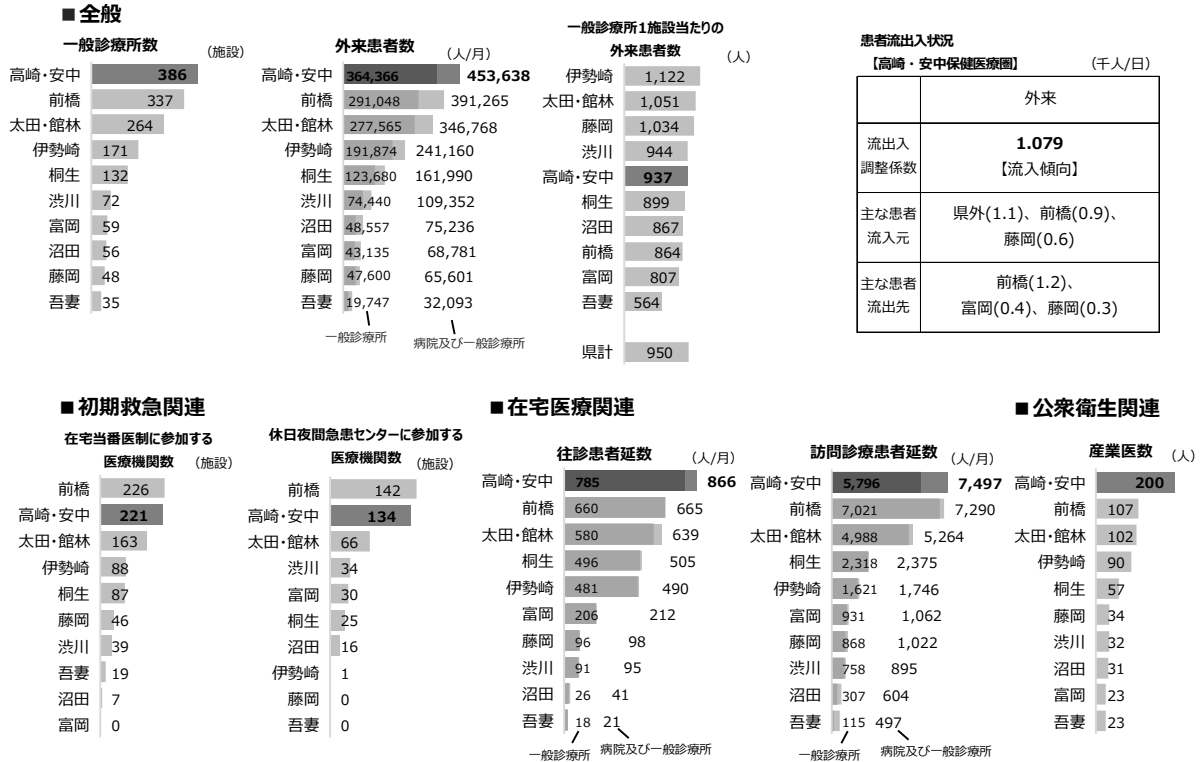
精神疾患に係る医療提供体制への参加

第6章 外来医療計画

(4) 高崎・安中保健医療圏

外来医療機能の提供状況

県外及び藤岡保健医療圏から外来患者が流入し、区域全体では流入傾向にあります。一般診療所数及び外来患者数は県内で最も多いですが、一般診療所1施設当たりの外来患者数は県平均程度となっています。



不足する外来医療機能

ア 夜間及び休日等における地域の初期救急医療機能

- ① 休日夜間急患診療所への参加
- ② 在宅当番医制への参加

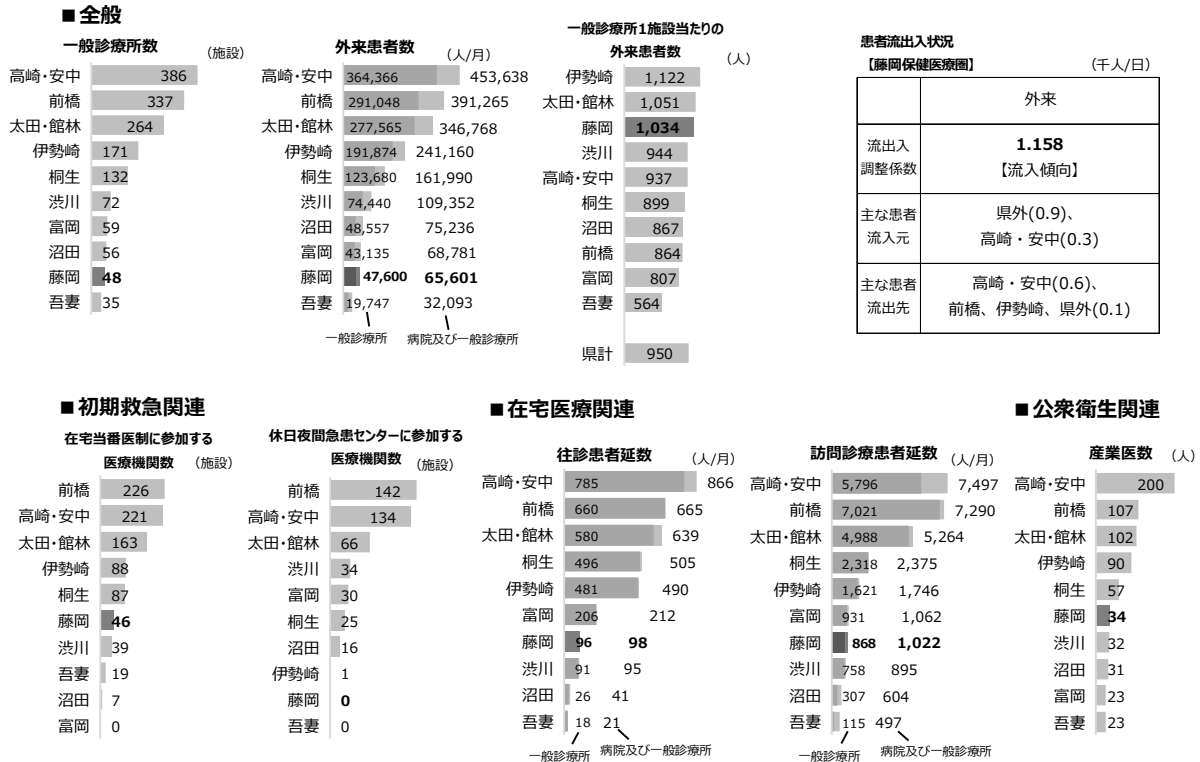
イ 在宅医療機能

- ① 訪問診療の取組への参加
- ② 訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導等の取組
- ③ 在宅医療の多種職参加による取組

(5) 藤岡保健医療圏

外来医療機能の提供状況

県外から外来患者が流入しており、区域全体では流入傾向にあります。一般診療所数並びに病院及び一般診療所の外来患者数が県内で2番目に少なく、初期救急医療機能のうち休日夜間急患センターが設置されていません。



不足する外来医療機能

ア 夜間における地域の初期救急医療機能

夜間の初期救急医療を行う診療への参加

イ 在宅医療機能

訪問診療等の取組への参加

ウ 公衆衛生医療機能

- ① 産業医 ② 学校医 ③ 園医

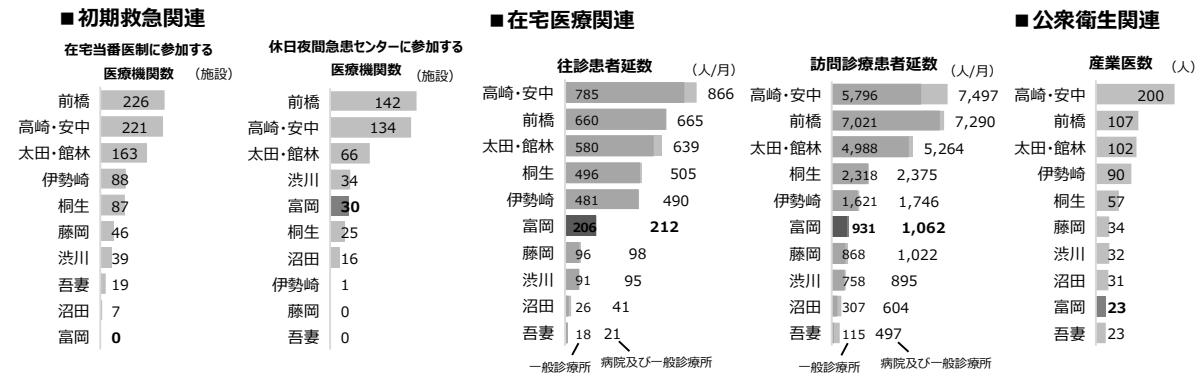
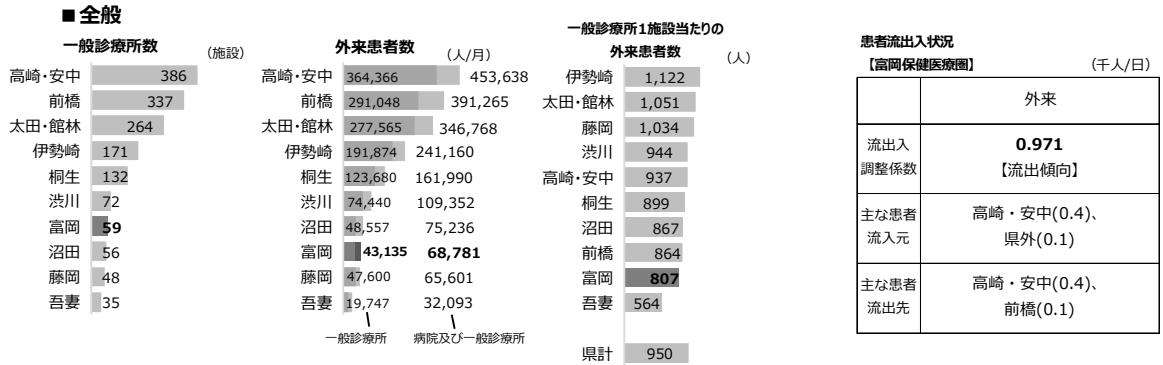
エ 精神疾患に係る医療機能

精神疾患に係る医療提供体制への参加

(6) 富岡保健医療圏

外来医療機能の提供状況

高崎・安中保健医療圏との間で外来患者の流出入が見られ、区域全体では流出傾向にあります。また、初期救急医療機能のうち在宅当番医制が実施されていません。



不足する外来医療機能

ア 休日における地域の初期救急医療機能

富岡市甘楽郡医師会休日診療所への参加

イ 在宅医療機能

① 訪問診療及び往診への対応(夜間含む)

② 看取りへの協力

ウ 公衆衛生医療機能

① 産業医 ② 警察医 ③ 学校医 ④ 予防接種 ⑤ 特定健康診査

⑥ 後期高齢者健康診査 ⑦ 富岡看護専門学校、富岡准看護学校等の講師

⑧ 受動喫煙対策の積極的な推進(敷地内禁煙等)

エ 診療科の充実

① 脳神経内科 ② 呼吸器科 ③ 産科 ④ 小児科

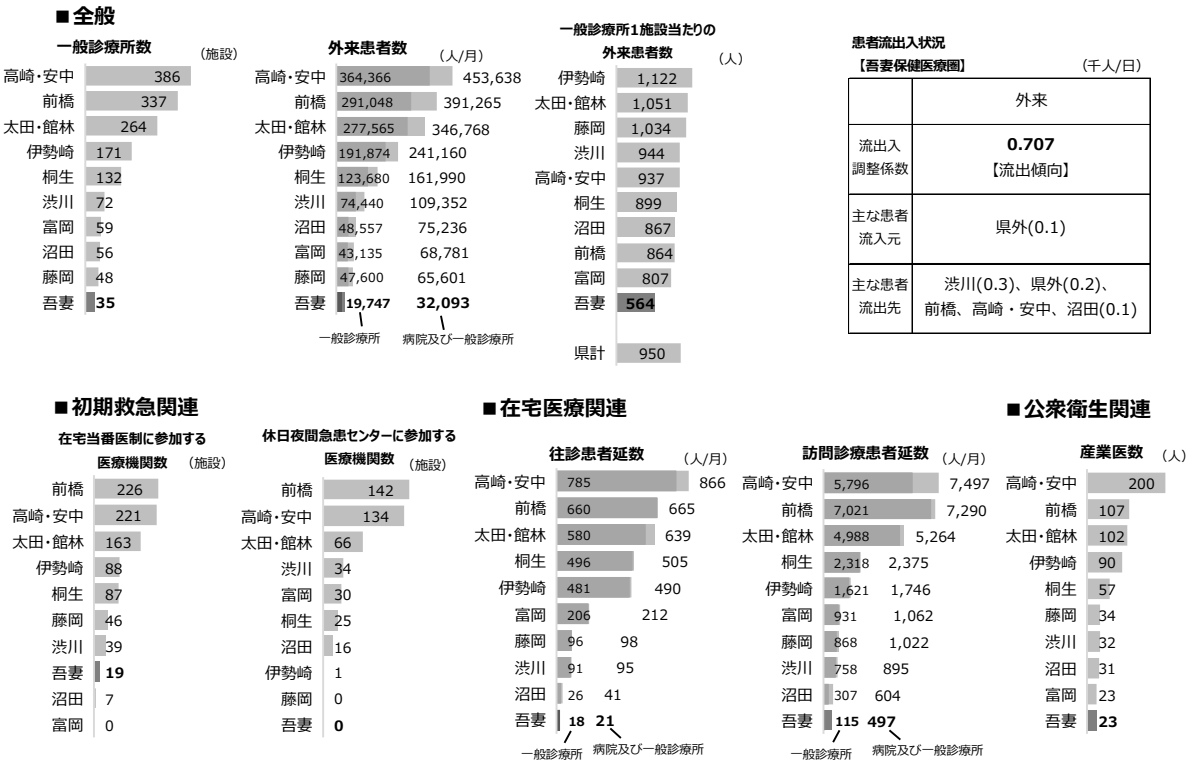
オ 感染症対策に関する医療機能

感染症発生時の診療

(7) 吾妻保健医療圏

外来医療機能の提供状況

渋川保健医療圏へ外来患者が流出しており、区域全体では流出傾向にあります。一般診療所数及び外来患者数が県内で最も少なく、一般診療所1施設当たりの外来患者数も県内で最も少ない状態にあります。また、初期救急医療機能のうち、休日夜間急患センターが設置されていません。



不足する外来医療機能

ア 夜間及び休日等における地域の初期救急医療機能

休日、夜間外来への対応

イ 在宅医療機能

訪問診療及び往診への対応（夜間を含む）

ウ 公衆衛生医療機能

- ① 予防接種 ② 産業医 ③ 学校医 ④ 耳鼻科検診 ⑤ 准看護学校の講師

エ 外国人医療機能

多言語対応

オ 特定診療科の診察に関する医療機能

- ① 循環器科 ② 脳外科 ③ 小児科 ④ 耳鼻咽喉科

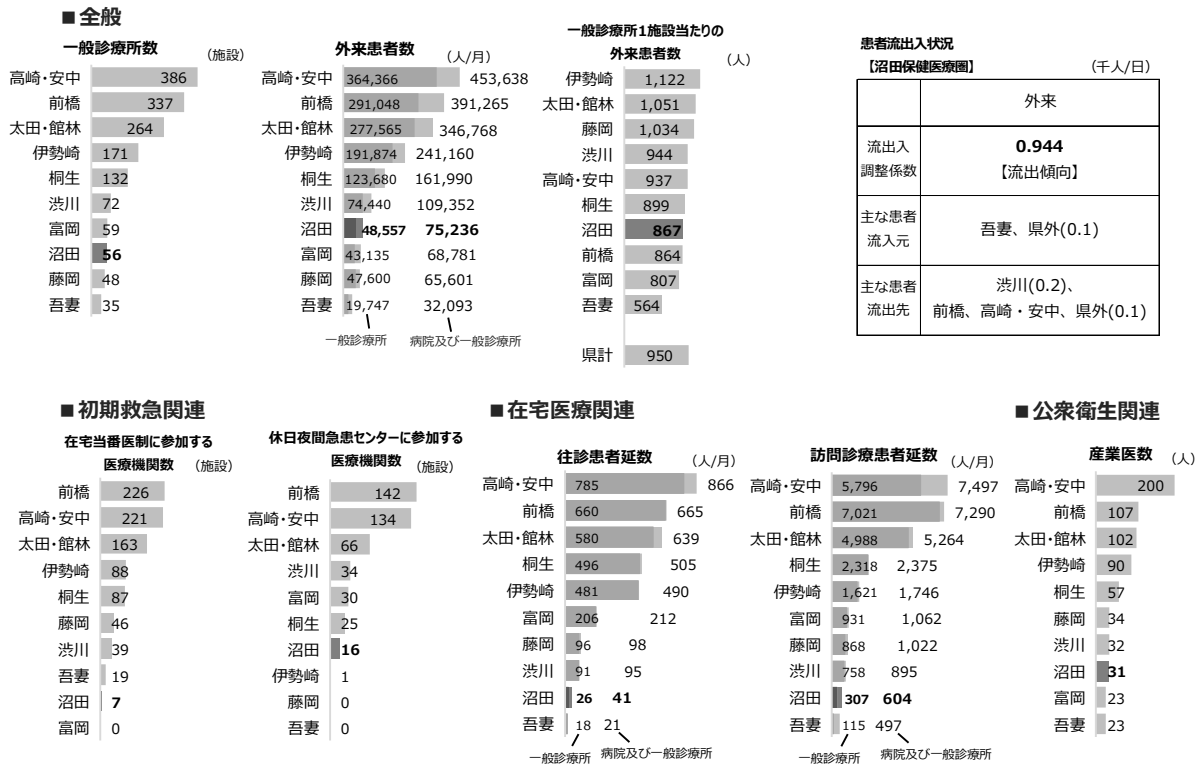
カ 妊産婦に関する医療機能

周産期医療への対応

(8) 沼田保健医療圏

外来医療機能の提供状況

渋川、前橋、高崎・安中保健医療圏へ外来患者が流出しており、区域全体では流出傾向にあります。また、往診患者数及び訪問診療数は県内で2番目にも少ない状態にあります。



不足する外来医療機能

ア 夜間及び休日等における地域の救急医療機能

- ① 初期救急医療への協力 ② 夜間休日における小児の二次救急医療への補助

イ 在宅医療機能

訪問診療の実施

ウ 公衆衛生医療機能

- ① 学校医 ② 乳児検診

エ 特定診療科の診療に関する医療機能

産科、放射線科、泌尿器科、精神科、診療内科、小児科、耳鼻咽喉科の診察に関する医療機能への協力。

オ 精神衛生医療機能

- ① 精神科救急への対応
- ② 精神病輪番体制への産科または精神病輪番体制の構築への協力。

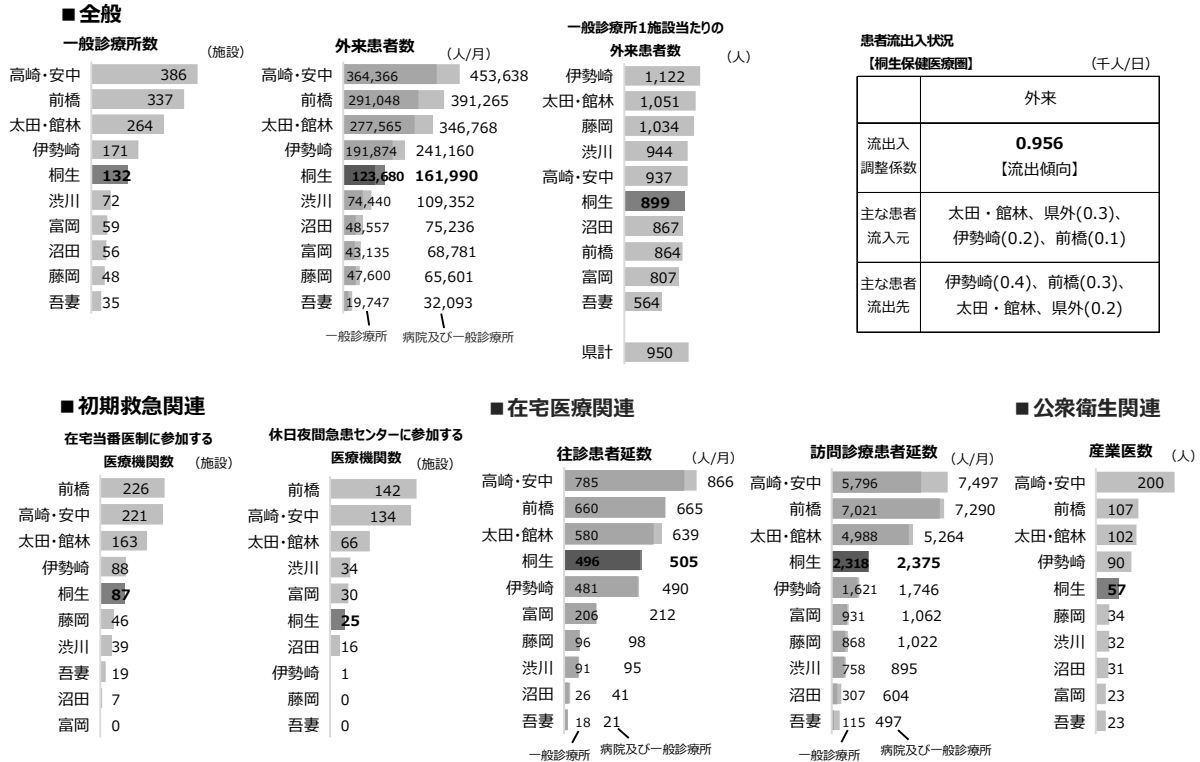
カ 外国人医療機能

多言語対応

(9) 桐生保健医療圏

外来医療機能の提供状況

太田・館林保健医療圏や県外から外来患者が流入していますが、伊勢崎、前橋保健医療圏へも外来患者が流出しており、区域全体では流出傾向にあります。また、一般診療所1施設当たりの外来患者数は県平均よりやや下回っています。



不足する外来医療機能

ア 特定診療科の診療に関する医療機能

精神神経科（精神科救急・認知症外来）、神経内科、血液内科、腎臓内科、膠原病内科、乳腺外科、心臓血管外科の診療に関する医療機能への協力

イ 夜間や休日等における地域の初期救急医療機能

初期救急医療への協力

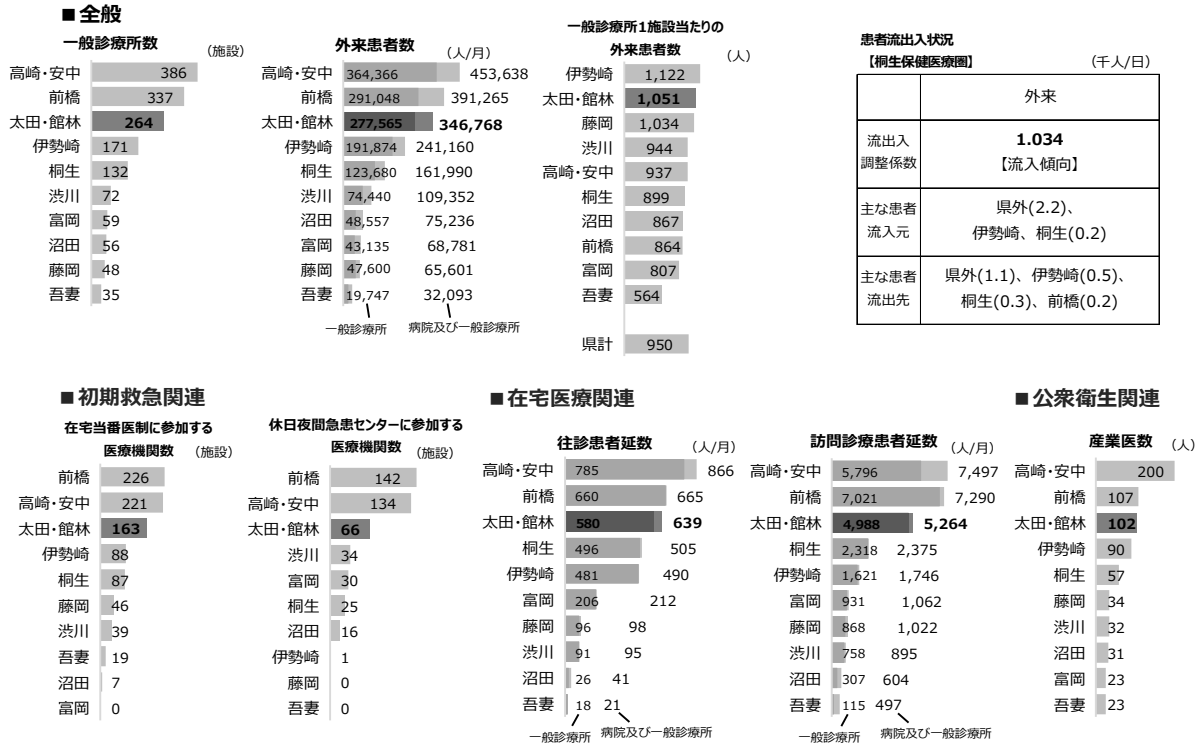
ウ 在宅医療機能

がん末期の在宅医療への協力

(10) 太田・館林保健医療圏

外来医療機能の提供状況

県外や伊勢崎、桐生保健医療圏との間で外来患者が流出入しており、区域全体では流入傾向にあります。また、一般診療所1施設当たりの外来患者数は県内で2番目に多い状態にあります。



不足する外来医療機能

ア 夜間及び休日等における地域の初期救急医療機能

初期救急医療の提供体制 (太田市・館林市、邑楽郡)

イ 在宅医療機能

- ① 在宅医療の提供体制 (太田市)
- ② 訪問診療への対応 (館林市、邑楽郡)

ウ 公衆衛生医療機能

- ① 学校医 (太田市・館林市・邑楽郡)
- ② 産業医 (太田市)

エ 診療科の充実

- ① 産科 ② 小児科 ③ 耳鼻科 (館林市、邑楽郡)

オ 外国人医療機能

外国人医療の提供体制 (太田市・館林市・邑楽郡)

4 新規開業者等に協力を求める外来医療機能

外来医師多数区域における新規開業者等への要求等

外来医師多数区域では新規開業者等に対して、当該区域で不足する外来医療機能を担うよう協力を求めることとし、具体的な機能としては次のとおりです。

なお、新規開業者等が不足する外来医療機能を担うことができない場合は、必要に応じて、その理由等の確認を行い、当該区域で不足する外来医療機能の充実を図ります。

また、外来医師多数区域に該当しない区域においても、協議の場で検討した結果、新規開業者等に当該区域で不足する外来医療機能を担うよう協力を求める運用とすることもできます。

(1) 前橋保健医療圏において協力を求める外来医療機能

ア 夜間及び休日等における地域の初期救急医療機能

夜間、休日外来への対応（※将来的に不足することが懸念される）

イ 在宅医療機能

- ① 小児在宅医療への対応
- ② 訪問診療、往診、看取りへの対応（※将来的に不足することが懸念される）

(2) 高崎・安中保健医療圏において協力を求める外来医療機能

ア 夜間及び休日等における地域の初期救急医療機能

- ① 休日夜間急患診療所への参加
- ② 在宅当番医制への参加

イ 在宅医療機能

- ① 訪問診療の取組への参加
- ② 訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導等の取組
- ③ 在宅医療の多種職参加による取組

(3) 桐生保健医療圏において協力を求める外来医療機能

ア 特定診療科の診療に関する医療機能

精神神経科（精神科救急・認知症外来）、神経内科、血液内科、腎臓内科、膠原病内科、乳腺外科、心臓血管外科の診療に関する医療機能への協力

イ 夜間や休日等における地域の初期救急医療機能

初期救急医療への協力

ウ 在宅医療機能

がん末期の在宅医療への協力

第3節 医療機器の効率的な活用

1 医療機器の効率的な利用の概要

医療機器の効率的な利用の考え方

(1) 今後ますます人口減少が進むことから、より効率的な医療提供体制を構築することが求められています。例えば、各医療機関が保有している医療機器について、地域ごとに保有台数は異なり、また稼働状況も異なります。そこで、地域ごと及び医療機器ごとに保有台数を可視化し、効率的かつ効果的に医療機器を活用していくため、共同利用という考え方の浸透を図ります。

(2) 厚生労働省において、地域の医療ニーズを踏まえた地域ごとの医療機器の配置状況を可視化する指標を作成しています。なお、対象となる医療機器は次のとおりです。

ア CT (マルチスライスCT及びマルチスライス以外のCT)

イ MRI (1.5テスラ未満、1.5テスラ以上3.0テスラ未満及び3.0テスラ以上のMRI)

ウ PET (PET及びPET-CT)

エ マンモグラフィ

オ 放射線治療 (リニアック及びガンマナイフ)

また、医療機関ごとの医療機器の保有状況を明らかにし、医療機器の購入を検討している者等に提供することで、効率的な活用を促します。

効率的な活用として、本節では医療機器の共同利用を中心に検討します。共同利用の考え方としては次のとおりであり、連携先の病院又は診療所から紹介された患者のために利用される場合を含みます。

共同利用の例

Aが対象機器保有者Bの機器を共同利用する場合	機器の貸与 (検査枠の貸与)	検査 (機器の使用)	読影 (結果の判断)	患者の 診察・治療	備考
①機器貸与のみ	BがAに貸与	Aが実施	Aが実施	Aが実施	
②機器貸与+検査のみ	BがAに貸与	Bが実施	Aが実施	Aが実施	
③機器貸与+検査+読影	BがAに貸与	Bが実施	Bが実施	Aが実施	
④患者の紹介・逆紹介	-	-(Bが実施)	-(Bが実施)	Bが実施 (逆紹介後Aが実施)	Bの患者として 検査・診察を実施

※契約方法や金銭のやりとりについては特に問わない。

2 医療機器の活用のための検討事項

医療機器の配置状況に関する情報

厚生労働省が各区域における医療機器の配置状況に関する指標として作成した「調整人口当たり台数」の計算式及び対象となる医療機器ごとの当該台数は次のとおりです。本県では、CT、PET、マンモグラフィ及び放射線治療の値が全国平均に比べて高い傾向にあり、MRIは全国平均と同値となっています。

$$\text{調整人口当たり台数} = \frac{\text{地域の医療機器の台数}}{\text{地域の人口（10万人）} \times \text{地域の標準化検査比率}} \quad \text{※1}$$

$$\text{（※1）地域の標準化検査比率} = \frac{\text{地域の性年齢調整人口当たり期待検査数（外来）} \quad \text{※2}}{\text{全国の人口当たり期待検査数（外来）}}$$

$$\text{（※2）地域の人口当たり期待検査数} = \frac{\sum \left\{ \frac{\text{全国の性年齢階級別検査数（外来）}}{\text{全国の性年齢階級別人口}} \times \text{地域の性年齢階級別人口} \right\}}{\text{地域の人口}}$$

各区域における医療機器の配置状況に関する指標の値（調整人口当たり台数）

二次保健 医療圏等	CT	MRI	PET	マンモグラフィ	放射線治療 (体外照射)
全国	11.5	5.7	0.47	3.4	0.82
群馬県	↑ 11.7	↑ 5.7	↑ 0.59	↑ 3.9	↑ 0.88
前橋	↓ 11.1	↑ 8.2	↑ 1.16	↑ 4.2	↑ 1.45
渋川	↓ 10.9	↓ 5.1	↓ 0.00	↓ 1.8	↑ 0.82
伊勢崎	↓ 8.6	↑ 5.9	↓ 0.00	↑ 4.5	↑ 0.86
高崎・安中	↑ 13.5	↓ 4.6	↑ 0.91	↑ 4.5	↑ 0.91
藤岡	↑ 13.5	↑ 8.2	↑ 2.67	↑ 4.5	↑ 1.32
富岡	↓ 9.7	↓ 1.3	↑ 1.22	↑ 4.4	↑ 1.19
吾妻	↑ 14.8	↓ 4.7	↓ 0.00	↓ 1.9	↓ 0.00
沼田	↑ 11.7	↑ 6.7	↓ 0.00	↑ 5.1	↓ 0.00
桐生	↑ 14.0	↓ 5.1	↓ 0.00	↑ 3.7	↓ 0.55
太田・館林	↓ 10.6	↓ 5.6	↓ 0.25	↑ 3.4	↓ 0.76

※ ↑：全国より高いもしくは同値の場合、↓：全国より低い場合。

第6章 外来医療計画

医療機器の配置状況に関する情報

既に存在する医療機器の共同利用を効率的に進めるためには、各医療機関が保有している医療機器の情報を可視化して公表する必要があります。そこで、本県では**外来機能報告**の情報をもとに医療機器の保有状況を取りまとめたので次に示します。

なお、詳細については、県ホームページ (<https://www.pref.gunma.jp/>) に掲載しています。

病院保有台数

(2020年10月現在)

二次保健医療圏	CT	MRI	PET	マンモグラフィ	放射線治療 (体外照射)
前橋	28	18	4	9	5
渋川	10	3	0	2	1
伊勢崎	12	10	0	7	2
高崎・安中	31	14	4	13	4
藤岡	7	6	2	3	1
富岡	7	1	1	2	1
吾妻	7	2	0	1	0
沼田	7	5	0	4	0
桐生	13	7	0	4	1
太田・館林	22	13	1	8	3
県	144	79	12	53	18

一般診療所保有台数

(2020年10月現在)

二次保健医療圏	CT	MRI	PET	マンモグラフィ	放射線治療 (体外照射)
前橋	10	10	0	5	0
渋川	3	3	0	0	0
伊勢崎	8	4	0	4	0
高崎・安中	28	6	0	6	0
藤岡	3	0	0	0	0
富岡	1	0	0	1	0
吾妻	3	1	0	0	0
沼田	4	1	0	0	0
桐生	12	2	0	2	0
太田・館林	19	9	0	5	0
県	91	36	0	23	0

共同利用の方針

各医療機関が医療機器の共同利用を進める上で、より効率的なこれらの仕組みの活用を図るため、次のとおり、本県における対象医療機器の共同利用の方針を定めています。

対象医療機器		共同利用の方針
CT	マルチスライス	<ul style="list-style-type: none"> ○ 圏域内で対象医療機器を保有する医療機関に対して、検査枠に余裕がある場合は、必要に応じて当該機器の共同利用を勧める。 ○ 対象医療機器の新規購入者（更新を含む）に対して、圏域内の医療機器の効率的な利用に配慮し、必要に応じて当該機器の共同利用を勧める。 ○ 特に地域医療支援病院においては、圏域の拠点として共同利用を推進する。また、可能な限りにおいて、検査予約制による共同利用を勧める。 ○ 放射線治療については、基本的に他の医療機関から紹介を受け、紹介先の放射線治療医等が治療計画を立てて照射等による治療を行う（紹介予約制による共同利用）。 治療後は、紹介先と紹介元の医療機関とで連携して経過観察を行う。 ○ 群馬大学医学部附属病院において、県内外の他の医療機関からの紹介を受け、治療計画を立てて重粒子線治療を行う（紹介予約制による共同利用）。 ○ 治療後は、群馬大学医学部附属病院と紹介元の医療機関とで連携して経過観察を行う。
	上記以外	
MRI	1.5テスラ未満	
	1.5テスラ以上 3.0テスラ未満	
	3.0テスラ以上	
SPECT		
PET	PET	
	PET-CT	
マンモグラフィ		
放射線治療	リニアック	
	ガンマナイフ	
	サイバーナイフ	
重粒子線治療		

※紹介予約制：患者の紹介を行い、検査とともに診察も行うこと。

※検査予約制：患者の紹介を行わず、検査のみを行うこと。

なお、地域によっては、その実情に応じて、医療機器の共同利用の考え方についての周知を図ることもできます。

共同利用計画の記載事項とチェックプロセス

区域ごとに定めた共同利用の方針を基に各医療機関は共同利用を進めていきますが、対象となる医療機器を新たに購入する（更新を含める）場合は、必要に応じて、当該医療機器の共同利用に係る計画（以下「共同利用計画」という。）を作成し、協議の場において確認することとしています。

なお、共同利用計画には次の事項を記載することとしています。

- （1）共同利用の相手方となる医療機関
- （2）共同利用の対象となる医療機器
- （3）保守、整備等の実施に関する方針
- （4）画像撮影等の検査機器については画像情報及び画像診断情報の提供に関する方針

また、共同利用ができない場合は、必要に応じて、その理由等を確認することとし、医療機器の効率的な利用を勧めます。

第4節 紹介受診重点医療機関の明確化

1 外来医療機能の明確化に関する考え方

近年、外来医療の現場では一部の医療機関に患者が集中しており、患者の待ち時間の増加や、勤務医の外来負担などの課題が生じています。そこで、医療資源を重点的に活用する外来（以下「紹介受診重点外来」という。）を地域で基幹的に担う医療機関として、「紹介受診重点医療機関」を明確化し、患者の流れの円滑化を図ります。

2 外来機能報告制度

地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、2021（令和3）年に外来機能報告制度が創設されました。

一般病床・療養病床を有する医療機関は、紹介受診重点外来の実施状況や、紹介受診重点医療機関となる意向、地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要な事項について、毎年報告することが義務づけられています。

なお、報告された内容は県ホームページ（<https://www.pref.gunma.jp/>）に掲載しています。

外来機能報告における報告項目

報告項目	報告項目の内容
医療資源を重点的に活用する外来の実施状況（紹介受診重点外来）	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来 例) 悪性腫瘍手術の前後の外来 ○ 高額等の医療機器・設備を必要とする外来 例) 外来化学療法、外来放射線治療 ○ 特定の領域に特化した機能を有する外来 例) 紹介患者に対する外来
紹介受診重点医療機関となる意向の有無	<ul style="list-style-type: none"> ○ 各医療機関の意向
地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要な事項	<ul style="list-style-type: none"> ○ 紹介・逆紹介の状況 ○ 外来における人材の配置状況 ○ 外来・在宅医療・地域連携の実施状況 等

〔資料〕厚生労働省「外来機能報告等に関するガイドライン」

3 紹介受診重点医療機関の選定

紹介受診重点医療機関は、紹介患者への外来を基本とする医療機関であり、主に手術・処置や化学療法等を必要とする外来や、放射線治療等の高額な医療機器・設備を必要とする外来を担っています。

本県における紹介受診重点医療機関については別冊に一覧としてまとめ、県ホームページに掲載するとともに、必要に応じて適宜更新するなど、わかりやすく情報提供しています。

そのほか、[外来機能報告で把握可能な](#)紹介受診重点外来の実施状況も掲載しています。